

Abschlussbericht des Forschungsprojekts

**Kinderbeobachtungsstation Innsbruck.  
Eine medizinhistorische Untersuchung  
der Kinder und Jugendlichen, ihrer Zuweisung,  
Begutachtung und Behandlung zwischen 1949  
und 1989 im historischen Kontext**

Sylvelyn Hähner-Rombach

## **Forschungsprojekt**

„Begutachtung, Therapie und Entscheid. Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation im lege artis-Vergleich ihrer Diagnoseverfahren, ihrer Behandlungsmethoden und Begutachtungspraxis“

## **Bericht**

erstellt im Auftrag des Landes Tirol und der Tirol Kliniken

## **Leitung, Projektverantwortlichkeit und Projektdurchführung:**

Dr. Sylvelyn Hähner-Rombach

Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung

Straußweg 17

D-70184 Stuttgart

**Abgabe des Berichts: Ende Juli 2016**

Aktualisierung: April 2017

## Danksagung

Dem Land Tirol und der Tirol Kliniken GmbH als Fördergeber sei an dieser Stelle, auch für die Unterstützung während der Laufzeit des Projekts, herzlich gedankt.



## Inhaltsverzeichnis

1. Aufgabenstellung laut Vertrag und Fragestellung	6
2. Stand der Arbeit	8
3. Entwicklung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen in Deutschland und der Schweiz im 19. und 20. Jahrhundert	9
3.1. Einführung	9
3.2. Forschungslage	10
3.3. Phase eins: Schaffung von Räumen für verhaltensauffällige Kinder	11
3.4. Phase zwei: Erster Weltkrieg und Zwischenkriegszeit	13
3.5. Phase drei: Vernichtung im Nationalsozialismus	21
3.6. Phase vier: Nachkriegszeit und Wiederaufbau 1945	21
3.7. Fazit	30
4. Entwicklung der Scientific Community der Kinder- und Jugendpsychiatrie	32
4.1. Fachgesellschaften	32
4.2. Publikationsorgane	33
4.3. Lehrbücher	34
4.4. Lehrstühle und Facharztausbildung	37
4.5. Themen auf Tagungen und in Fachzeitschriften	38
4.5.1. Vortragsthemen auf Fachtagungen zwischen 1950 und 1976	38
4.5.2. Aufsatzthemen in Fachzeitschriften zwischen 1952 und 1982	41
4.5.3. Maria Nowak-Vogls Veröffentlichungen	43
5. Kinderbeobachtungsstation Innsbruck	45
6. Quantitative Auswertung des Untersuchungssamples	50
6.1. Untersuchungssample	50
6.2. Personendaten	51
6.2.1. Verteilung der Kinder und Jugendlichen nach Geschlecht	51
6.2.2. Alter bei Aufnahme zwischen 1949 und 1989	52
6.2.3. Familiäre Situation und soziale Zuordnung der Herkunfts- bzw. Pflege/Adoptiveltern	53
6.3. Daten rund um den Aufenthalt	56

6.3.1. Aufenthaltsdauer	56
6.3.2. Initiator der Zuweisung und Kostenträger	58
6.3.3. Letzter Aufenthaltsort vor Aufnahme	60
6.3.4. Entlassungsorte	60
6.3.5. Abweichungen	62
7. Diagnosen	63
7.1. Quantitative Verteilung	64
7.2. Zu Nowak-Vogls Begrifflichkeiten	66
8. Praxis der Begutachtung	68
9. Therapie	72
9.1. Medikamentöse Behandlung	73
9.1.1. Psychopharmaka	73
9.1.2. Epiphysan	77
9.2. Psycho- und andere Therapien	81
9.2.1. Psychotherapie	81
9.2.2. Sonstige Therapien	83
9.2.3. Einsatz sonstiger Hilfsmittel	83
10. Bewertung der Ergebnisse	85
11. Zukünftige Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Beobachtungsstationen	93
12. Anhänge	94
• Anhang A: Auswahl von Themen in kinder- und jugendpsychiatrischen Zeitschriften	94
• Anhang B: Psychiatrische Diagnosen 1949-1989	100
• Anhang C: Verabreichung von Epiphysan zwischen 1953 und 1987	102
• Anhang D: Verabreichung von Psychopharmaka 1950-1988	103
• Anhang E: Häufigkeit der verordneten Psychopharmaka zwischen 1950 und 1988	116
• Anhang F: Dosierungen und Indikationen von Psychopharmaka gemäß der Roten Liste 1959, 1969, 1979	118
13. Bibliographie	130

## 1. Aufgabenstellung laut Vertrag und Fragestellung

Im Forschungsvertrag zwischen den Fördergebern Land Tirol, vertreten durch die Tiroler Landesregierung, und der TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, jetzige Tirol Kliniken GmbH, mit der Fördernehmerin Dr. Sylvelyn Hähner-Rombach wurde im November 2014 vereinbart, dass das Forschungsprojekt aus drei Teilen besteht, und zwar:

1. Entwicklung der Kinderbeobachtungsstationen im deutschsprachigen Raum
2. Auswertung der zeitgenössischen Fachliteratur der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Heilpädagogik
3. Auswertung eines Samples von Krankenakten der Patientinnen und Patienten der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation.

Dem Projekt wurde ein wissenschaftlicher Beirat an die Seite gestellt, der aus namhaften Vertreterinnen und Vertretern der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Medizingeschichte bestand:

- Dr. Rolf Castell, Prof. em., bis 2002 Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Psychiatrischen Klinik, Universität Erlangen-Nürnberg
- Prof. Dr. Heiner Fangerau, Leiter des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Düsseldorf
- Univ.-Prof. Dr. Josef Marksteiner, Vorstand der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie A, Landeskrankenhaus Hall i. T.
- PD Dr. Maike Rotzoll, Kommissarische Leiterin des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg bzw. Institut für Geschichte der Medizin der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
- Prof. Dr. Matthias Weber, München

Der geforderte Zwischenbericht nach Ablauf von neun Monaten wurde vertragsgemäß Ende Juli 2015 erstellt. Auch die beiden anvisierten Treffen mit dem wissenschaftlichen Beirat des Projektes, die jeweils zuvor einen Bericht zum Stand der Arbeit erhalten hatten, erfolgten im September 2015 in Stuttgart und im März 2016 in München. Die dort formulierten konstruktiven Anregungen des Beirats wurden im Anschluss an die Treffen umgesetzt und ihm zur Kenntnis gebracht.

An dieser Stelle gebührt den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates ein ganz herzlicher Dank. Die vorliegende Studie hat in hohem Maße von ihrer Expertise, ihrem Interesse an dem Projekt und der Arbeit, die sie sich mit ihm gemacht haben, profitiert. Die Entscheidung der Auftraggeber, einen solchen Beirat zu installieren, war vorausschauend und gut, denn die Expertise von Außenstehenden ist für Forschungsprojekte wie dem vorliegenden, ein großer Gewinn.

### Zur Fragestellung des Projekts

Im Zentrum der Untersuchung stehen die Patientinnen und Patienten der Kinderbeobachtungsstation in dem Zeitraum, in dem Maria Nowak-Vogl der Station vorstand, und zwar hinsichtlich ihrer Begutachtung (Diagnostik), ihrer Therapie (Behandlungsmethoden) und ihrem Verbleib nach dem Aufenthalt auf der Station. Dazu ist es erforderlich, ein Profil der Patienten und Patientinnen zu erstellen (Altersgruppen, Geschlecht, Familiensituation, soziale Herkunft, letzter Aufenthaltsort vor der Einweisung) und die Parameter ihres Aufenthaltes (Dauer, Initiator) zu bestimmen. Dazu gehört auch die Frage nach den Orten, an die sie entlassen wurden. Erst vor diesem Hintergrund können die von Maria Nowak-Vogl erstellten Diagnosen, die zur Anwendung gekommenen Therapien und ihre Beurteilungen der Kinder und Jugendlichen beleuchtet werden. Die Bewertung von Maria Nowak-Vogls Vorgehen muss wiederum im Kontext der zeitgenössischen Maßstäbe, soweit solche bereits vorhanden und/oder ermittelbar waren, erfolgen.

## 2. Stand der Arbeit

Das Untersuchungssample wurde komplett erhoben, die Auswertung ist abgeschlossen. Die Ergebnisse wurden, soweit dies möglich war, mit der vorhandenen Forschungsliteratur, aber auch mit zeitgenössischen, gedruckt vorliegenden Quellen abgeglichen, da die Auswertung der Bestände anderer Kinderbeobachtungsstationen innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens nicht möglich waren. Es wurden lediglich Stichproben von Kinderkrankenakten im Universitätsarchiv Heidelberg und im Archiv des Zentralkrankenhauses Bremen-Ost erhoben, deren Aussagekraft allerdings begrenzt ist.

Daneben wurden Quellen und Forschungsliteratur zur Entwicklung der kinderpsychiatrischen Einrichtungen in Deutschland und der Schweiz – Österreich ist Teil der Projekte der Innsbrucker Kooperationspartnerinnen und -partner – erhoben und ausgewertet.<sup>1</sup> Die zusammengefassten Ergebnisse finden sich im vorliegenden Abschlussbericht. Außerdem wurde die zeitgenössische Fachliteratur bzw. Fachdiskussion verfolgt, um die Innsbrucker Ergebnisse einordnen zu können. Das geschah vor allem auf der Grundlage der einschlägigen zeitgenössischen Fachzeitschriften.

---

<sup>1</sup> Vgl. Friedmann, Ina; Hartig, Christine; Stepanek, Friedrich: Heilpädagogische Landschaften. Österreichs Kinderbeobachtungen und Heilpädagogische Stationen im Vergleich. In: Studie betreffend die Kinderbeobachtungsstation der Maria Nowak-Vogl – interdisziplinäre Zugänge. Herausgegeben von Elisabeth Dietrich-Daum, Michaela Ralsler, Dirk Rupnow. Innsbruck 2016, S. 13-55.



### 3. Entwicklung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen in Deutschland und der Schweiz im 19. und 20. Jahrhundert

#### 3.1. Einführung

Kinderbeobachtungsstationen oder Abteilungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie dienten als spezielle Einrichtung der Beobachtung, Testung, Begutachtung und zunehmend auch der Therapie. Die Bezeichnung solcher Stationen und Abteilungen war nicht einheitlich, konnte also bei ähnlicher Zweckbestimmung variieren. Ihre Einrichtung galt als Fortschritt und wurde von den Jugendämtern sehr begrüßt.<sup>2</sup> Denn dadurch ergab sich die vorher nicht bzw. nur selten gegebene Möglichkeit oder Hoffnung, auffällige Kinder und Jugendliche durch medizinische Experten und Expertinnen „sichten“ und „klassifizieren“ zu lassen, um den zukünftigen Aufenthaltsort adäquater bestimmen zu können.

Die Leitung der Stationen lag in den Händen von Psychiatern und Psychiaterinnen, Pädiatern und Pädiaterinnen oder/und Heilpädagoginnen und -pädagogen. Zum weiteren Personal konnten Psychologinnen bzw. Psychologen gehören, daneben die sog. „Psychagogen“, die späteren Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und -therapeutinnen. Dazu kamen in der Frühzeit Krankenschwestern, Kinderpflegerinnen oder Kindergärtnerinnen, nach dem Zweiten Weltkrieg in größerer Zahl Erzieherinnen bzw. später Heilpädagoginnen und -pädagogen für die eigentliche und alltägliche Beobachtung und Beschäftigung der Kinder. Mitunter sind auch Fürsorgerinnen, die späteren Sozialarbeiterinnen, erwähnt. Für die schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen wurde in den meisten Fällen eine Schule (d. h. Anstellung von Lehrerinnen und Lehrern, die in eigens geschaffenen Unterrichtsräumen tätig waren) mit verschiedenen Bildungsstufen eingerichtet.

Aus dieser Bandbreite unterschiedlicher Professionen wird deutlich, dass es sich bei den Kinderbeobachtungsstationen um einen je nach Einrichtung mehr oder weniger hochspezialisierten Raum handelte. Die Aufzählung des Personals erweckt vielleicht den Eindruck, dass diese Stationen sehr groß gewesen waren, das Gegenteil ist der Fall. Die Aufnahmekapazität bewegte sich für den Untersuchungszeitraum in der Regel zwischen vier

---

<sup>2</sup> So hatte beispielsweise die Gustav Werner Stiftung zum Bruderhaus, ein großer diakonischer Heimträger in Württemberg, 1959 eine Beobachtungsstation eröffnet. Vgl. Hähner-Rombach, Sylvelyn: „Es ist jetzt das erste Mal, dass ich darüber rede...“ Zur Heimgeschichte der Gustav Werner Stiftung zum Bruderhaus und der Haus am Berg gGmbH 1945-1970. Frankfurt/Main 2013, S. 85f., 90f. Auch für die 1920 gegründete Beobachtungsstation der Berliner Charité ist bekannt, dass das Jugendamt ihre Einrichtung begrüßte.

(bei einzelnen „Kinderzimmern“) und knapp 52 (Marburg an der Lahn) Betten, in Ausnahmen möglicherweise auch mehr.<sup>3</sup>

### 3.2. Forschungslage

Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist vor allem durch das Standardwerk von Castell et al.<sup>4</sup> aufgearbeitet, das jedoch nur den Zeitraum zwischen 1937 und 1961 behandelt. Aufgrund der thematischen Ausrichtung dieses Werks sind Kinderbeobachtungsstationen darin nicht berücksichtigt. In anderen Arbeiten wurden sie bislang meist nur in Ansätzen bearbeitet.<sup>5</sup> Für die Zwischenkriegszeit ist die Forschungslage besser. So sind vor allem die Stationen an der Berliner Charité<sup>6</sup> und an der Universitätsklinik Tübingen<sup>7</sup> eingehender erforscht. Daneben stehen Regionalstudien für Hessen<sup>8</sup> und Bayern<sup>9</sup> zur Verfügung, diese genügen jedoch heutigen Ansprüchen an medizingeschichtliche Forschung nicht mehr.

Für die Schweiz liegen kleinere Arbeiten zur Region Jurasüdfuss<sup>10</sup> und Zürich<sup>11</sup> vor, die ebenfalls weder umfassend noch detailliert sind. Für die Zeit nach 1945 weist die Forschungslandschaft im deutschsprachigen Raum noch größere Lücken auf. Wenn man etwas zu kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen sucht, wird man meist im Zusammenhang mit einer Geschichte einer Einrichtung fündig, wie beispielsweise in der

---

<sup>3</sup> So ist für die Bonner Klinik, die „im August 1926 als erst eigenständige kinder- und jugendpsychiatrische Klinik Deutschlands gegründet worden“ war, für das Jahr 1953 von 140 Betten für männliche und weibliche Patienten bis zum Alter von 21 Jahren die Rede. Fehlemaun, Silke; Sparing, Frank; Vögele, Jörg: Kindheit, Krankheit, Krieg. Kinder und Jugendliche in psychiatrischen Einrichtungen des Rheinlandes nach 1945. In: Fangerau, Heiner; Topp, Sascha; Schepker, Klaus (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Berlin 2017, S. 535-555, hier S. 538.

<sup>4</sup> Castell, Rolf u. a. (Hrsg.): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. Göttingen 2003.

<sup>5</sup> Ein Beispiel sind die Wittenauer Heilstätten, siehe Beddies, Thomas; Dörries, Andrea (Hrsg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960. Husum 1999.

<sup>6</sup> Kölch, Michael Gregor: Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin 1920-1935. Die Diagnose „Psychopathie“ im Spannungsfeld von Psychiatrie, Individualpsychologie und Politik. Diss. med. FU Berlin 2002.

<sup>7</sup> Köhnein, Frank: Zwischen therapeutischer Innovation und sozialer Selektion. Die Entstehung der „Kinderabteilung der Nervenklinik“ in Tübingen unter Robert Gaupp und ihre Entwicklung bis 1930 als Beitrag zur Frühgeschichte universitärer Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland. Neuried 2001.

<sup>8</sup> Keim, Ingeborg M.: Die institutionelle Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen ab 1900. Frankfurt am Main 1999.

<sup>9</sup> Rexroth, Christian A. (Hrsg.): Die klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayern. Entwicklungen, Gegenwart, Perspektiven. Festschrift zum 65. Geburtstag von Dr. Martin Linder. Göttingen 2011. Aus dem Titel wird bereits deutlich, dass die historische Behandlung sehr begrenzt ist.

<sup>10</sup> Schaffner-Hänny, Elisabeth: Wo Europas Kinderpsychiatrie zur Welt kam. Anfänge und Entwicklungen in der Region Jurasüdfuss (Aargau, Solothurn, Freiburg, Neuenburg). Dietikon 1997.

<sup>11</sup> Zürcher-Simmen, Susanna: Wege zu einer Kinderpsychiatrie in Zürich. Dietikon 1994.

Monographie zur Bremer Klinik, deren Kinderabteilung im Gegensatz zu vielen anderen Darstellungen adäquate Berücksichtigung fand.<sup>12</sup>

Seit Neuestem stehen mit dem Sammelband zur „Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit“ von Heiner Fangerau u. a. neben Beiträgen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie bis 1945 und in der Nachkriegszeit zwei Aufsätze zur Arbeit von kinderpsychiatrischen Institutionen in Bonn und in Pfalz zur Verfügung, die sehr substantiell sind.<sup>13</sup> Dennoch muss man sich auf die Suche nach einzelnen Mosaikteilen machen, um einen Überblick über die Entwicklung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen zu bekommen. Hilfreich sind dabei vor allem die zeitgenössischen Fachzeitschriften, in denen immer mal wieder von einzelnen Stationen berichtet wird, sowie vereinzelt Festschriften von psychiatrischen Krankenhäusern.

### *Aufbau*

In den folgenden Ausführungen wird die chronologische Entwicklung von kinderpsychiatrischen Institutionen seit dem 19. Jahrhundert in vier Phasen unterteilt, in denen sich die Rahmenbedingungen grundlegend änderten, beginnend mit dem Deutschen Reich. Dabei wird der eigentliche Schwerpunkt auf der Zeit nach 1945 liegen, weil dies als Kontext für die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation wichtig ist.<sup>14</sup> Für die deutschsprachige Schweiz sind die vorliegenden Arbeiten und Hinweise noch etwas dürftiger als für das Deutsche Reich, doch war hier Grundlagenforschung aus zeitlichen Gründen nicht möglich.

### **3.3. Phase eins: Schaffung von Räumen für verhaltensauffällige Kinder**

Bis Anfang des 20. Jahrhunderts fehlte es in den sich ausbreitenden psychiatrischen Einrichtungen an Abteilungen für die Aufnahme von Kindern. Diejenigen, die eingewiesen

---

<sup>12</sup> Engelbracht, Gerda: Von der Nervenklinik zum Zentralkrankenhaus Bremen-Ost. Bremer Psychiatriegeschichte 1945-1977. Bremen 2004. Darüber hinaus liegt seit Neuestem noch ein weiterer Beitrag von Engelbracht zur Bremer Einrichtung vor. Vgl. Engelbracht, Gerda: „Mancher Konflikt lässt sich über das Tier lösen“. Von der Kinderbeobachtungsstation zur Bremer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fangerau, Heiner u. a. (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie (2017), S. 579-594.

<sup>13</sup> Rotzoll, Maïke: „Ein dringendes Erfordernis unserer Zeit“. Zur Entwicklung der pfälzischen Kinder- und Jugendpsychiatrie 1945-1986. In: Fangerau, Heiner u. a. (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie (2017), S. 513-534; Fehlemann/Sparing/Vögele: Kindheit, Krankheit, Krieg.

<sup>14</sup> Die DDR wurde hierbei nicht berücksichtigt, weil die Forschungslage noch schlechter ist als für Westdeutschland.

wurden, mussten – zum großen Unbehagen der Psychiater – meist mit den Erwachsenen untergebracht werden. Es waren zwar in der Regel Frauenstationen, aber auch dort konnte es zu Situationen kommen, die für Kinder und Jugendliche gänzlich ungeeignet waren. Bis auf wenige Ausnahmen wurden diese Alterskohorten erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts als eigenständige Patientengruppe wahrgenommen, für die es spezielle Einrichtungen oder wenigstens Räumlichkeiten geben sollte.

Das erste kinderpsychiatrische Lehrbuch wurde 1887 von dem Freiburger Psychiater Hermann Emminghaus veröffentlicht.<sup>15</sup> Es folgte 1898 die Gründung der Zeitschrift „Die Kinderfehler“, die, noch von Pädagogen dominiert, der neuen sog. „Kinderforschung“ ein Publikationsorgan bot.

Die Gründung der ersten eigenen Abteilung für Kinder und Jugendliche wird von Castell u. a. der „Städtischen Klinik für Geisteskranke in Frankfurt“ im Jahr 1900 unter dem Arzt Emil Sioli (1852-1922) zugeschrieben.<sup>16</sup> Aus einer Veröffentlichung von 1912 diese Abteilung betreffend geht hervor, dass durch die zunehmende „Neigung der Strafrichter“, „kriminelle Jugendliche in der Anstalt auf ihren Geisteszustand untersuchen zu lassen“, und mit der Einführung der Fürsorgegesetzgebung „notwendigerweise auch die Art der Unterbringung der Jugendlichen eine durchgreifende Änderung erfahren“ habe: „Es ging nicht mehr an, sie in den allgemeinen Krankensälen unter den Erwachsenen zu belassen. Es musste für regelmäßigen Unterricht und zweckentsprechende Beschäftigung Sorge getragen werden. So erfolgte die räumliche Trennung durch Schaffung einer besonderen Kinderabteilung zunächst auf der Männerseite, später auch bei den Frauen.“<sup>17</sup> Die Kinderabteilung wurde zu Anfang in Baracken, die abseits in den Gärten standen, untergebracht. Auch dieser Autor, Oberarzt der Frankfurter Klinik im Jahr 1912, legte die Aufnahme von Kindern durch Sioli in für sie abgetrennten Räumen in das Jahr 1900.<sup>18</sup> Er führte weiter aus, dass 18 Jungen und 12

---

<sup>15</sup> Emminghaus, H[ermann]: Die psychischen Störungen des Kindesalters. In: Handbuch der Kinderkrankheiten. Hrsg. von Gerhardt, C[arl Adolph Christian Jacob]. Nachtrag II. Tübingen 1887.

<sup>16</sup> Castell: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 405. Mit der Gründung der Universität Frankfurt am Main 1914 wurde diese Kinderabteilung 1919 zur ersten „Abteilung für Kinder und Jugendpsychiatrie an einer deutschen Universität.“ Castell: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 406. Sie war, laut Matron, als „klinische Beobachtungsstation für alle Arten seelisch kranker und schwachsinniger Kinder gedacht.“ Matron, Kristina: Kommunale Jugendfürsorge in Frankfurt am Main in der Weimarer Republik. Frankfurt/Main 2012, S. 79.

<sup>17</sup> Prof. Raecke, Oberarzt der städt. Irrenanstalt Frankfurt a. M. In: Deutsche Fürsorge-Erziehungs-Anstalten in Wort und Bild. Hrsg. v. Seiffert-Strausberg. Bd. 1. Halle a. d. S. 1912, S. 140-144, hier S. 140.

<sup>18</sup> Die unterschiedlichen Jahresangaben – zum Beispiel von Castell und Keim – hängen wahrscheinlich damit zusammen, ab wann es eine regelrechte „Abteilung“ war. Keim schreibt, dass die Baracken ab 1906

Mädchen in der nunmehr „Städtischen Irrenanstalt Frankfurt“ genannten Klinik untergebracht waren, 20 von ihnen in der „Kinderabteilung“. Sie erhielten dort bereits Schulunterricht in den Morgenstunden, und neben der „rein ärztlichen Behandlung“ schien eine „ausreichende sachgemäße Beschäftigung von der größten Bedeutung“: „Während sich für einige der älteren Knaben Anleitung in den Anstaltswerkstätten empfiehlt, bleibt für die Mehrzahl im Sommer regelmäßige Gartenarbeit mit Blumenpflege das beste, im Winter methodische Beschäftigung mit Kerbschnitzereien und Modellierarbeiten. Ausgiebiger Aufenthalt im Freien, Turnen und Spielen sind unerlässlich.“<sup>19</sup> Die Beschäftigungen lehnten sich noch an die Arbeitstherapie psychiatrischer Anstalten an.

Nach der Jahrhundertwende entstanden in den Großstädten ambulante Beratungsstellen für Kinder mit „Erziehungsschwierigkeiten, Entwicklungsstörungen oder psychischen Auffälligkeiten“.<sup>20</sup> Im selben Zeitraum wurden die ersten Beobachtungsabteilungen für Jugendliche, speziell sog. Fürsorgezöglinge, eingerichtet, so beispielsweise in Göttingen 1907.<sup>21</sup> Auch in der Nähe von Bad Homburg wurde 1907 das Anwesen „Steinmühle“ erworben und u.a. eine sog. Arbeitslehrkolonie mit angeschlossener Beobachtungsabteilung eröffnet. Die Abteilung diente dazu, „minderbegabte und seelisch leicht abnorme, auch schwer erziehbare Knaben im schul- und fortbildungsfähigen Alter“ sorgfältig zu beobachten, um „Vorschläge für die weitere Unterbringung geben“ zu können.<sup>22</sup> Die „Steinmühle“ sollte dieselben Aufgaben wie Siolis Jugendabteilung in Frankfurt erfüllen, nur eben in ländlicher Umgebung. In Wien kam es 1911 zur Gründung der Heilpädagogischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik.<sup>23</sup> Sie ist die europaweit erste heilpädagogische Einrichtung und steht in der Folge für die enge Verbindung von Pädiatrie, Heilpädagogik und Psychiatrie in Österreich.

### **3.4. Phase zwei: Erster Weltkrieg und Zwischenkriegszeit**

Die Wirkungen und Folgen des Ersten Weltkriegs auf Kinder und Jugendliche führten noch während seines Andauerns zu einer steigenden Zahl von Einrichtungen zur Beobachtung,

---

„ausschließlich als Kinderabteilung, für Jungen und Mädchen getrennt, genutzt wurden. Keim: Die institutionelle Entwicklung, S. 18.

<sup>19</sup> Raecke, Oberarzt der städt. Irrenanstalt Frankfurt a. M., S. 142.

<sup>20</sup> Köhnlein: Zwischen therapeutischer Innovation, S. 38f.

<sup>21</sup> Köhnlein: Zwischen therapeutischer Innovation, S. 39.

<sup>22</sup> Hanselmann, Heinrich: Arbeitslehrkolonie und Beobachtungsanstalt „Steinmühle“, zit. n. Keim: Die institutionelle Entwicklung, S. 43.

<sup>23</sup> Köhnlein: Zwischen therapeutischer Innovation, S. 40.

Begutachtung und Behandlung von als auffällig wahrgenommenen Kindern und Jugendlichen: 1916 eröffnete der Psychiater Gabriel Anton (1858-1933) an der Universitätsnervenlinik in Halle eine Beobachtungsstation, die 12 bis 15 Kinder aufnehmen konnte.<sup>24</sup> Im selben Jahr wurde in Frankfurt am Main die ärztlich-heilpädagogische sog. „Jugendsichtungsstelle“ eingerichtet, der das 1917 gegründete kommunale Heilerziehungsheim „Hermannsheim“ an die Seite gestellt wurde.<sup>25</sup> Grund dafür war, dass im Krieg „die der Abteilung Jugendschutz gemeldeten Fälle von Erziehungsschwierigkeiten Jugendlicher“ zugenommen hatten. „Die Verwahrlosungsgefahr schien nun weitere Kreise der Kinder und Jugendlichen zu betreffen.“<sup>26</sup> Das Hermannsheim mit Platz für 36 Kinder „sollte, im Gegensatz zu der schon bestehenden Kinderabteilung der städtischen psychiatrischen Anstalt, die als klinische Beobachtungsstätte für alle Arten seelischer Kranker und schwachsinniger Kinder gedacht war“<sup>27</sup>, als kommunales Erziehungsheim fungieren. Die Jugendsichtungsstelle war zuständig für Gutachten über Kinder und Jugendliche, für die ein Antrag auf Fürsorgeerziehung gestellt wurde. Außerdem untersuchte der dort angestellte Nervenarzt Walter Fürstenheim (1889-1967) Kinder und Jugendliche ärztlich und psychologisch, „um den überweisenden Institutionen, darunter fast ausschließlich das Jugendamt, Entscheidungshilfen für Fürsorgemaßnahmen zu geben.“<sup>28</sup>

In Heidelberg eröffnete August Homburger, Professor an der Psychiatrischen Universitätsklinik, 1917 eine heilpädagogische Beratungsstelle, die er mit der von ihm geleiteten Poliklinik verband. In einem Kinderheim konnte er einen Teil seiner Patienten stationär beobachten.<sup>29</sup>

Der Erste Weltkrieg hatte sich als Motor für die Gründung kinderpsychiatrischer Einrichtungen erwiesen, doch nicht nur er: „Gerade nach dem ersten Weltkrieg bildeten die ‚Jugendnot‘ bei zunehmender Urbanisation sowie die wachsende Verwahrlosung und Kriminalität der Jugend die soziale Motivation zur Gründung mehrerer kinder- und jugendpsychiatrischer Abteilungen an Universitätskliniken. Dabei trugen neben uneigennützig-

---

<sup>24</sup> Kumbier, E. [u. a.]: Überlegungen zum Wirken des Neuropsychiaters Gabriel Anton (1858-1933). In: Nervenarzt 76 (2005), S. 1132-1140, hier S. 1139.

<sup>25</sup> Matron: Kommunale Jugendfürsorge, Kap. 2.3.3.

<sup>26</sup> Matron: Kommunale Jugendfürsorge, S. 70. In der Folge wurden bis zu ihrer Schließung 1933 zwischen 12.000 und 15.000 Kinder und Jugendliche von der Jugendsichtungsstelle untersucht, viele davon mehrfach. Vgl.

Matron: Kommunale Jugendfürsorge, S. 199.

<sup>27</sup> Matron: Kommunale Jugendfürsorge, S. 79.

<sup>28</sup> Matron: Kommunale Jugendfürsorge, S. 73.

<sup>29</sup> Müller-Küppers, M.: Aufbau, Funktion und Arbeitsergebnisse (für das Jahr 1961) einer kinderpsychiatrischen Abteilung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 11 (1962), S. 167-171, hier S. 167.

humanitären Motiven auch psychiatrische Bedürfnisse nach politischer und sozialer Einflussnahme zur Intensivierung kinder- und jugendpsychiatrischer Arbeit bei. [...] Psychische Auffälligkeiten wurden zu einer öffentlichen Angelegenheit, das Ordnungsprinzip der wilhelminischen Gesellschaft schlug sich in dem Wunsch nach vermehrter psychiatrischer Einflussnahme nieder.<sup>30</sup> Es trafen sich also Professionalisierungsbestrebungen der Psychiater und eine zunehmende gesellschaftliche Verunsicherung.

Während der Weimarer Republik kam es zu weiteren Gründungen kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen in Tübingen<sup>31</sup>, Berlin<sup>32</sup>, Bonn<sup>33</sup>, Hamburg<sup>34</sup>, Leipzig<sup>35</sup> und München<sup>36</sup>, auf die nun etwas genauer eingegangen werden soll. Begünstigt wurde diese Entwicklung durch die Jugendgesetzgebung, und zwar durch das 1923 in Kraft getretene Jugendgerichtsgesetz und das 1924 in Kraft getretene Reichsjugendwohlfahrtsgesetz, die beide den psychiatrischen Zugriff auf Fürsorgezöglinge legitimierten. Das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz, durch das „die Erziehung als öffentliche Aufgabe definiert wurde, legte fest, daß Fürsorgeerziehung nur bei Aussicht auf Erfolg anzuordnen sei. Diese Einschätzung bildete aber keine juristische, sondern eine psychiatrisch-pädagogische Kategorie.“<sup>37</sup>

Die **Tübinger** Kinderabteilung, 1919 mit 16 Betten eröffnet, zog 1920 in das sog. Mehlsche Haus um, das Platz für 30 Kinder bot. Damit war, so scheint es, die „Tübinger Kinderabteilung die erste derartige Einrichtung an einer Universität in Deutschland“.<sup>38</sup> Aus einem Informationsblatt, das der Direktor der Universitätsklinik für Gemüts- und

---

<sup>30</sup> Köhnlein: Zwischen therapeutischer Innovation, S. 40.

<sup>31</sup> Köhnlein: Zwischen therapeutischer Innovation.

<sup>32</sup> Die „Beobachtungsstation an der Psychiatrischen- und Nervenlinik der Charité wurde 1920 eröffnet. Dazu: Kölch: Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kap. III.3.; Fuchs, Petra u. a.: Heilen und Erziehen: Die Kinderbeobachtungsstation an der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité. In: Hess, Volker u. a. (Hrsg.): Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne. Wien u. a. 2012, S. 111-148.

<sup>33</sup> Orth: Die Transportkinder aus Bonn.

<sup>34</sup> Weygandt: Die Staatskrankenanstalt Friedrichsberg und psychiatrische Universitätsklinik Hamburg. Düsseldorf 1928.

<sup>35</sup> Köhnlein : Zwischen therapeutischer Innovation, S. 41.

Im ersten Jahr hatte die Beobachtungsabteilung 20 Betten für männliche Jugendliche, anschließend wurde eine gleiche Abteilung für Mädchen aufgebaut. Vgl. Steinberg, Holger: Rückblick auf Entwicklungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Paul Schröder. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (1999), S. 202-206, hier. S. 204. Dazu auch: Schröder, P.; Heinze, H.: Die Beobachtungsabteilung für jugendliche Psychopathen in Leipzig. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 88 (1928), S. 189-197.

<sup>36</sup> Rexroth: Die klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie; Jutz, Renate: Die Heckscher-Klinik von 1929 bis 1989. Geschichte, Menschen, Schicksale. 60 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayern. [München 1989].

<sup>37</sup> Köhnlein: Zwischen therapeutischer Innovation, S. 67.

<sup>38</sup> Köhnlein: Zwischen therapeutischer Innovation, S. 217.

Nervenkrankheiten, Robert Gaupp (1870-1953), für interessierte Ärzte im Juli 1920 drucken ließ, geht hervor, dass die Station 36 Betten in zehn großen Krankenzimmern für alle drei Klassen vorhielt. Der Schulunterricht wurde von den Schwestern erteilt, die auch für die Beobachtung der kleinen Patienten zuständig waren. Der Schulunterricht galt als wichtige Ergänzung der ärztlichen Untersuchung und diente somit auch diagnostischen Zwecken. Außerdem sollte er dem Aufenthalt auf der Station den Krankenhauscharakter nehmen und eine „möglichst genaue Beobachtungsstation“ schaffen.<sup>39</sup> Sie trug bis 1934 offiziell den Namen „Kinderabteilung der Nervenlinik“. Bis zum Jahr 1930 lag die dortige durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei knapp 51 Tagen.<sup>40</sup>

Die **Berliner** Beobachtungsabteilung an der Charité, ein Jahr nach der Tübinger Abteilung eröffnet, sollte ebenfalls den unhaltbaren Zustand, dass die Kinder auf der Frauenstation untergebracht wurden, beenden. Ein Charakteristikum dieser Station ist die Zusammenarbeit mit dem „Deutschen Verein zur Fürsorge jugendlicher Psychopathen e. V.“, der beispielsweise unentgeltlich eine Helferin zur Unterrichtung und Beschäftigung der Kinder stellte.<sup>41</sup> Die Berliner Einrichtung steht auch für die wenigen Ausnahmen im Deutschen Reich, in denen Pädagogen und Psychiater kooperierten.<sup>42</sup> Die Station sollte laut Aussage des Klinikleiters Karl Bonhoeffer (1868-1948) zwei Zielen dienen: Zum einen „im universitären Bereich der Wissenschaft hinsichtlich psychopathischer Kinder und Jugendlicher Erkenntnisse bringen und in den Unterricht für angehende Ärzte, Psychiater und fürsorgerisch Tätige integriert werden“, zum anderen einen Versorgungsauftrag für jugendliche psychiatrische Patienten wahrnehmen.<sup>43</sup>

1926 wurde die „Rheinische Provinzial-Kinderanstalt für seelisch Abnorme in **Bonn**“ als erste „eigenständige kinder- und jugendpsychiatrische Klinik Deutschlands“ eröffnet und verfügte drei Jahre später bereits über 110 Betten.<sup>44</sup> Während der NS-Zeit gehörte auch diese Einrichtung zu denen, die Kinder in Tötungsanstalten verlegten. Nach dem Krieg war wegen kriegsbedingter Gebäudeschäden im Jahr 1944, die zur Evakuierung der Kinder und des Pflegepersonals, führten, ein Neubau nötig.<sup>45</sup> Dieser schaffte dann 1953 Platz für 140

---

<sup>39</sup> Köhnlein: Zwischen therapeutischer Innovation, S. 428f.

<sup>40</sup> Köhnlein: Zwischen therapeutischer Innovation, S. 450.

<sup>41</sup> Vgl. Kölch: Theorie und Praxis der Jugendpsychiatrie, S. 218f.

<sup>42</sup> Vgl. Köhnlein: Zwischen therapeutischer Innovation, S. 64f.

<sup>43</sup> Kölch: Theorie und Praxis der Jugendpsychiatrie, S. 220.

<sup>44</sup> Fehleemann/Sparing/Vögele: Kinder, Krankheit, Krieg, S. 538.

<sup>45</sup> Vgl. Orth, Linda: Die Transportkinder aus Bonn. „Kindereuthanasie“. Köln 1989.



Mädchen und Jungen unter 21 Jahren, die von fünf Ärzten und 3 Volontärärzten betreut wurden. Der Klinik waren zudem eine psychiatrisch-neurologische und heilpädagogische Beratungsstelle, eine Schule mit drei sog. Versuchs- und Hilfsschulklassen und 50 Heimplätze in Heilerziehungsanstalten angeschlossen.<sup>46</sup>

**Hamburg:** Wann genau das „Haus für Jugendliche“ an der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg eröffnet wurde, ist unklar. Umfangreiche Umbauten wurden zwischen 1912 und 1914 in Angriff genommen, 1914 wurde das „Haus für Jugendliche“ zu einer Station für sprachgestörte Soldaten umfunktioniert. Es sieht nicht so aus, als sei es zuvor schon für Jugendliche zugänglich gewesen.<sup>47</sup> Da drei Häuser noch bis 1927 mit etwa 200 „normalen“ Waisenkindern besetzt waren, deutet viel darauf hin, dass das „Haus für Jugendliche“ erst ab diesem Jahr seiner eigentlichen Bestimmung übergeben werden konnte. Werner Villinger führte 1927 Verhandlungen zu „einer engeren Verbindung mit der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, die unter der Leitung von Weygandt in ihrem Jugendhaus Deseniß eine eigenständige kinderpsychiatrische Abteilung beherbergte.“<sup>48</sup> In Weygandts Veröffentlichung aus dem Jahr 1928 heißt es zum „Haus für Jugendliche“, dass es für Jugendliche bestimmt sei, die nicht unter das „Irrengesetz“ fielen. Das Haus umfasste neben den Schlafräumen Tagesräume, Schulzimmer, Lehrmittelzimmer, einen Saal für handwerkliche Beschäftigung sowie Arztzimmer. Zum Zweck heißt es, das Haus sei „vor allem für solche Jugendlichen bestimmt, bei denen durch eingehende ärztliche Beobachtung die zweckmäßigste Versorgung für das spätere Leben gutachterlich festgestellt werden soll, also Fürsorgezöglinge, Psychopathen, Debile, Epileptoide usw., allerdings kamen bislang auch vielfach Imbezille in die Abteilung.“<sup>49</sup> In Holtkamps Arbeit ist daneben von einer „Beobachtungsanstalt als Zentralaufnahmestation des Jugendamtes“ die Rede, die bereits seit 1908 existierte und in der bei jedem Aufgenommenen eine körperärztliche Untersuchung stattfand. In der „Aufnahmestation des Jugendamtes“, die alle Fürsorgeerziehungsanwärter durchliefen, sollte „die Diagnose geklärt und eine psychische Behandlung durchgeführt oder eine Verschickung in ein Heim eingeleitet“ werden.<sup>50</sup> Ob diese „Aufnahmestation“ eine stationäre Einrichtung

---

<sup>46</sup> Fehleemann/Sparing/Vögele: Kindheit, Krankheit, Krieg, S. 538.

<sup>47</sup> Weygandt: Die Staatskrankenanstalt Friedrichsberg und psychiatrische Universitätsklinik Hamburg. Düsseldorf 1928, S. 15.

<sup>48</sup> Holtkamp, Martin: Werner Villinger (1887-1961). Die Kontinuität des Minderwertigkeitsgedankens in der Jugend- und Sozialpsychiatrie. Husum 2002, S. 58.

<sup>49</sup> Weygandt: Die Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, S. 32.

<sup>50</sup> Holtkamp: Werner Villinger, S. 58.

war, kann aus Holtkamps Darstellung nicht herausgelesen werden. Dagegen spricht, das es weiter unten heißt: „Eine eigenständige psychiatrische Beobachtungsstation wurde nach Villingers Vorstellungen am 15.10.1928 in dem so genannten ‚Overbeckheim‘ in Betrieb genommen. Hier wurden schwierige Fälle, die ambulant nicht geklärt werden konnten, aufgenommen, dazu gehörten Kleinkinder, Schulkinder und weibliche Jugendliche.“<sup>51</sup> Diese Station wurde allerdings am Ende der Weimarer Republik bereits wieder geschlossen.

**Leipzig:** Die „Beobachtungsabteilung für jugendliche Psychopathen bei der Leipziger Universitätsklinik“ wurde im Juni 1926 eröffnet und ging aus der 1923 aufgebauten kinderpsychologischen Beratungsabteilung hervor.<sup>52</sup> Im ersten Jahr hatte die Beobachtungsabteilung 20 Betten für männliche Jugendliche, anschließend wurde eine gleiche Abteilung für Mädchen aufgebaut.<sup>53</sup>

**München:** 1929 wurde an der 1925 eröffneten Heckscher Nervenheil- und Forschungsanstalt in München, benannt nach dem Stifter, dem Industriellen August Heckscher, ein Kinderhaus unter der ärztlichen Leitung des Neurologen Max Isserlin (1879-941) eröffnet. Die Kinderabteilung hatte 20 bis 25 Plätze im Rahmen einer Tagesklinik und 40 stationäre Plätze für Kinder und Jugendliche von sechs bis 20 Jahren. „Zum Tagesablauf der jungen Patienten gehörte schon damals der Besuch einer extra eingerichteten Klinikschule, in welcher die Kinder in vier Gruppen unterrichtet wurden.“<sup>54</sup> Das war der Beginn der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayern.<sup>55</sup> Die „Heckscher Klinik für Kinder und Jugendliche“ nahm 1954 ihre Arbeit wieder auf, nachdem sie 1952 aus ihrem Ausweichquartier in München-Solln zurückgekehrt war. Diese Einrichtung ist auch deshalb interessant, weil es direkte Beziehungen zur Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation gibt. 1954 fragte das Kuratorium der Heckscher-Stiftung bei der Tiroler Landesregierung an, ob Dr. Maria Vogl ihnen beim Umbau ihrer wissenschaftlichen Abteilung mit Rat und Tat zur Seite stehen könne. Nachdem der Klinikleiter Urban den Antrag befürwortete, wurde Maria Vogl von der Landesamtsdirektion ab Mitte März 1953 für maximal drei Monate beurlaubt. Sie verpflichtete

---

<sup>51</sup> Holtkamp: Werner Villinger, S. 59.

<sup>52</sup> Vgl. Köhnlein: Zwischen therapeutischer Innovation, S. 41.

<sup>53</sup> Vgl. Steinberg: Rückblick auf Entwicklungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 204. Dazu auch: Schröder/Heinze: Die Beobachtungsabteilung für jugendliche Psychopathen.

<sup>54</sup> Fouquet, Annette; Martinius, Joest: Heckscher-Klinik München. In: Cranach, Michael von; Siemen, Hans-Ludwig (Hrsg.): Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945. München 1999, S. 379-384, hier S. 380.

<sup>55</sup> Vgl. Rexroth: Die klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 41.

sich, in diesem Zeitraum wöchentlich zwei Tage nach Innsbruck zu kommen.<sup>56</sup> Zum 1. Juli 1954 übernahm Prof. Werner Wagner von der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie die Leitung der Klinik, im selben Jahr wurden ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, eine Fürsorgerin und eine Kindergärtnerin eingestellt.<sup>57</sup> 1958 konnte ein Neubau bezogen werden, der auch eine Psychotherapie-Station umfasste und Anfang der 1960er Jahre weiter ausgebaut wurde.

### *Deutschsprachige Schweiz*

In der Schweiz entstanden ebenfalls in den 1920er und 1930er Jahren psychiatrische bzw. heilpädagogische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, weil inzwischen auch hier die Unterbringung dieser Altersgruppen in der Erwachsenenpsychiatrie nicht mehr länger hingenommen werden konnte.<sup>58</sup> Den Anfang machte 1921 die Beobachtungsstation Stephansburg in Zürich, die zunächst der Kantonalen Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli angegliedert war. Das Gebäude fungierte vor der Umwidmung als Dependence der psychiatrischen Anstalt Burghölzli für rekonvaleszente Frauen.<sup>59</sup> Das „Kinderhaus“ Stephansburg diente gemäß den Aufnahmebestimmungen „zur Beobachtung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die wegen nervöser oder psychischer Leiden der Aufnahme in eine Klinik bedürfen. Altersgrenze ist in der Regel das zurückgelegte 14. Jahr.“<sup>60</sup> Auch die Stephansburg, die Platz für maximal 25 Mädchen und Jungen bot, beherbergte eine kleine Schule. Außer dem Lehrer gehörten der aufsichtführende Leiter der Poliklinik, ein pädagogischer Leiter und ein Assistenzarzt sowie vier Pflegerinnen dem Personal an. Dazu wirkten „einige Damen als freiwillige Helferinnen“ mit.<sup>61</sup> 1925 kamen Absolventinnen der zunächst zwei-, dann dreisemestrigen Ausbildung des ein Jahr zuvor gegründeten „Heilpädagogischen Seminars“ hinzu.

Schon vor der Eröffnung hatte auch die Stephansburg mit dem viel diskutierten „Odium der Irrenanstalt“ zu kämpfen, das „dieser und den darin aufgenommenen Kindern durch die

---

<sup>56</sup> Ich danke Friedrich Stepanek, Innsbruck, ganz herzlich, der mir die entsprechenden Informationen aus der Personalakte Maria (Nowak-)Vogls zur Verfügung stellte.

<sup>57</sup> Jutz: Die Heckscher-Klinik, S. 142.

<sup>58</sup> So waren zwischen 1870 und 1920 in der Anstalt Burghölzli 231 Kinder unter 16 Jahre unter den 17.000 Aufnahmen. Vgl. Zürrer-Simmen: Wege zu einer Kinderpsychiatrie, S. 47.

<sup>59</sup> 1921 Eröffnung der Beobachtungsstation Stephansburg am Burghölzli in Zürich. Vgl. Zürrer-Simmen: Wege zu einer Kinderpsychiatrie.

<sup>60</sup> Zit. n. Zürrer-Simmen: Wege zu einer Kinderpsychiatrie, S. 59.

<sup>61</sup> Zürrer-Simmen: Wege zu einer Kinderpsychiatrie, S. 60

lokalen und organisatorischen Verbindungen mit dem ‚Burghölzli‘ in den Augen weiter Kreise anhaftete“.<sup>62</sup> Die Aufnahmedauer wurde auf sechs bis acht Wochen veranschlagt. „Ziel der Arbeit war es, möglichst viele der Kinder wieder in ihre angestammte Familie zurück zu entlassen, was gemäss Jahresberichten bei gut der Hälfte der hospitalisierten Kinder zutraf.“<sup>63</sup> 1924 wurde zudem eine poliklinische Sprechstunde an die Stephansburg angegliedert. Die Arbeit der Stephansburg sollte auf den drei Pfeilern Fürsorge, Heilpädagogik und Psychiatrie fußen.<sup>64</sup>

1929 wurde im Kanton Solothurn, genauer Wangen bei Olten, die Kinderbeobachtungs- und Therapiestation des katholischen Seraphischen Liebeswerks eröffnet, die bis 1984 bestand.<sup>65</sup> Das fachwissenschaftliche Personal setzte sich aus einem Arzt, einem Kinderpsychiater und einem Heilpädagogen zusammen.<sup>66</sup> 1931 übernahm der Schweizer Heilpädagoge Paul Moor (1899-1977) die Leitung der gerade eröffneten Beobachtungsstation des Landerziehungsheims Albisbrunn im Kanton Zürich, das 1924 gegründet und bis 1929 von dem Heilpädagogen Heinrich Hanselmann (1885-1960) geleitet wurde. Hanselmann gründete in dieser Zeit auch das oben erwähnte Heilpädagogische Seminar in Zürich, eine Lehrerbildungsstätte.

1937 folgten zwei weitere Gründungen: die staatliche Kinderbeobachtungsstation „Gotthelfhaus“ in Biberist, Kanton Solothurn, für maximal 18 schulpflichtige Kinder, die von dem bekannten Schweizer Kinderpsychiater Moritz Tramer (1882-1963) initiiert und geleitet wurde<sup>67</sup>, sowie die kinderpsychiatrische Beobachtungsstation „Neuhaus“ bei Iltingen, Kanton Bern/Jura<sup>68</sup>.

Die Schweizer kinderpsychiatrischen Einrichtungen, die noch nicht ausgiebig erforscht wurden, waren in der Tradition Moritz Tramers vom Ansatz her sehr viel stärker heilpädagogisch ausgerichtet, wohingegen im Deutschen Reich die Psychiater federführend waren.

---

<sup>62</sup> Zürrer-Simmen: Wege zu einer Kinderpsychiatrie, S. 61.

<sup>63</sup> Zürrer-Simmen: Wege zu einer Kinderpsychiatrie, S. 61.

<sup>64</sup> Zürrer-Simmen: Wege zu einer Kinderpsychiatrie, S. 63.

<sup>65</sup> Schaffner-Hänny: Wo Europas Kinderpsychiatrie, S. 59.

<sup>67</sup> Vgl. Schaffner-Hänny: Wo Europas Kinderpsychiatrie, S. 41.

<sup>68</sup> Ranft, Ruth: Aus der psychotherapeutischen und heilpädagogischen Arbeit einer Kinderbeobachtungsstation in der Schweiz. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2 (1953), S. 233-235.

### 3.5. Phase drei: Vernichtung im Nationalsozialismus

An dieser Stelle halte ich mich ganz kurz, weil dazu inzwischen sehr differenzierte Forschungen vorliegen.

Alle Reformversuche und -ansätze der Jugendfürsorge der Weimarer Republik wurden nach 1933 beendet und nicht nur zurückgeführt, sondern in ihr Gegenteil gekehrt, indem nun die Verhinderung (Stichwort „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“), Vernichtung (Tötung von Kindern und Jugendlichen in den sog. „Kinderfachabteilungen“, während der sog. „Aktion T4“ und während der dezentralen Patientenmorde) oder Inhaftierung (Jugendkonzentrationslager) von abweichendem Verhalten auf der Agenda stand.

### 3.6. Phase vier: Nachkriegszeit und Wiederaufbau nach 1945

Ähnlich wie nach dem Ersten Weltkrieg kam es in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg, befördert durch die vielen heimatvertriebenen bzw. auf der Flucht befindlichen Kinder und Jugendlichen zu einer möglicherweise noch stärkeren gesellschaftlichen Wahrnehmung dieser Gruppen, die auch in den Folgejahren zunehmend als Gefahrenpotentiale eingestuft wurden. Dazu kamen die vielen außerehelich geborenen und Besatzungskinder, die ebenfalls das gesellschaftliche Gefüge zu bedrohen schienen. Diese Situation führte zusammen mit den professionspolitischen Anstrengungen der Kinderpsychiater erneut zu Gründungen psychiatrischer Einrichtungen, und diese in stetig steigender Zahl: 1946<sup>69</sup> oder 1947<sup>70</sup> konnte an der Marburger Nervenklinik eine Kinderstation mit 35 Betten eingerichtet werden, nachdem die noch bestehende Lazarettabteilung verlegt wurde. Sehr viel mehr ist über diese Einrichtung nicht bekannt, auch nicht, ob Hermann Stutte (1909-1982) schon Leiter dieser Kinderabteilung war.<sup>71</sup> Das änderte sich mit der Berichterstattung über die neue Marburger kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung, die 1958 eröffnet wurde und auf die noch eingegangen werden wird.<sup>72</sup>

1946 wurde zudem in Bamberg an der Nervenklinik St. Getreu eine kinderpsychiatrische Abteilung eingerichtet, zu der bislang noch keine Forschung vorliegt<sup>73</sup>.

---

<sup>69</sup> So Stutte: Die Kinder- und Jugendpsychiatrische Station, S. 194. Stutte schreibt auch, dass die frühe Abteilung von Villinger geleitet wurde.

<sup>70</sup> So Holtkamp: Werner Villinger, S. 119.

<sup>71</sup> Holtkamp: Werner Villinger, S. 119f.

<sup>72</sup> Vgl. Stutte: Die Kinder- und Jugendpsychiatrische Station, S. 194. Bei Keim findet sich 1947 als Jahr der Gründung dieser Abteilung. Vgl. Keim: Die institutionelle Entwicklung, S. 73.

<sup>73</sup> Vgl. Castell: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bibliographie [CD-ROM], S. 44.

1949 folgte mit Unterstützung der amerikanischen Besatzungsbehörden die Eröffnung der Bremer Kinderbeobachtungsstation: „Hintergrund war die Förderung demokratischer Formen der Zusammenarbeit. Bewusst setzte man damit einen Gegenpol zum hierarchischen Prinzip des nationalsozialistischen Führerprinzips. Autoritäre Verhaltensmuster und die damit auftretenden unbewussten Entwicklungen in Familien sollten durch Erarbeitung von tiefenpsychologischen Zusammenhängen bewusst gemacht werden.“<sup>74</sup> Folgerichtig wurden die Stellen mit psychoanalytisch vorgebildeten Ärztinnen und Ärzten besetzt. Am 2. Januar 1950 kam der erste Junge auf die Station, im selben Monat folgten weitere 24 Mädchen und Jungen. Konzipiert war die Station für 15 Mädchen und Jungen zwischen 5 und 14 Jahren. Die Abteilung orientierte sich an den Strukturen der *Child Guidance Clinics*, was eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderte. „Dementsprechend gab es neben der leitenden Ärztin eine Psychologin (ab Oktober 1950) und eine Erzieherin.“<sup>75</sup> Dazu kamen zwei Kindergärtnerinnen, eine Krankenschwester und ein Krankenpfleger. Der Chefarzt der Klinik bestand schließlich 1950 darauf, „eine Psychagogin, d. h. eine pädagogische Kraft einzustellen, die über eine abgeschlossene Fachausbildung in der Tiefenpsychologie verfügen musste.“<sup>76</sup> Ebenfalls 1949 wurde die Würzburger „Station Czerny“ auf Initiative des Pädiaters Josef Ströder (1912-1993) eröffnet. Ströder hatte sich eigens bei dem damaligen Direktor der Universitäts-Nervenlinik Göttingen nach einem für psychisch gestörte Kinder ausgebildeten Mediziner erkundigt und dafür einen Arzt namens W. Günter gewonnen, über den keine weiteren Informationen vorliegen. Beachtenswert ist, dass laut Nissen die Stellung der Station nach dem frühen Tod Günters so gefestigt war, „dass alle Ärzte, die den Facharzt für Pädiatrie anstrebten, dort einige Monate arbeiten mussten.“<sup>77</sup> Bekannt ist des Weiteren bislang nur, dass die Vorgeschichte dieser Station laut Nissen „bedeutend weiter zurück“ reicht und dass sie 1954 als „Abteilung für psychisch und neurologische kranke Kinder“ bezeichnet wurde.<sup>78</sup> 1950 erhielt in Frankfurt die Universitäts-Nervenlinik eine Kinderpsychiatrische Abteilung, aus der sich – wie zuerst in Marburg 1954 mit Hermann Stutte – 1964 ein selbständiger

---

<sup>74</sup> Engelbracht: Von der Nervenlinik zum Zentralkrankenhaus, S. 135. Zur Gründungsgeschichte siehe auch Engelbracht: „Mancher Konflikt lässt sich über das Tier lösen“.

<sup>75</sup> Engelbracht: Von der Nervenlinik zum Zentralkrankenhaus, S. 136.

<sup>76</sup> Engelbracht: Von der Nervenlinik zum Zentralkrankenhaus, S. 136f.

<sup>77</sup> Nissen, Gerhardt: Psychisch gestörte Kinder und Jugendliche gestern und heute. Persönliche Erinnerungen aus 60 Jahren. Gießen 2009, S. 228.

<sup>78</sup> Nissen: Psychisch gestörte Kinder und Jugendliche, S. 228.

Lehrstuhl mit Hubert Harbauer entwickelte.<sup>79</sup> Zu dieser Abteilung liegt ebenfalls noch keine Forschung vor.

In demselben Jahr, 1950, wurde an der landespsychiatrischen Anstalt Weissenau eine Kinderabteilung als „Pflege- und Beobachtungsabteilung“ eingerichtet, für die 1951 ein Kinder- und Jugendpsychiater von der Nervenlinik Tübingen gewonnen werden konnte.<sup>80</sup> 1961 begann der Bau einer eigenen Kinder- und Jugendklinik, der sich allerdings bis Ende 1965 hinzog, und in drei Gebäuden Platz für 40 Kinder und je 19 Jugendliche bot. Die Betreuung Letzterer gestaltete sich schwierig: „Das Pflegepersonal der Jugendstationen rekrutierte sich aus dem Erwachsenenbereich und hatte für den Umgang mit Jugendlichen keine spezielle Ausbildung oder Erfahrung. Die personelle Ausstattung war quantitativ völlig unzulänglich.“ Hinzu kam ein weiteres Problem: Nach ihrer Erweiterung wurde die Kinder- und Jugendabteilung schnell „von anderen Einrichtungen im ganzen Land dazu missbraucht [...], schwer verhaltensgestörte Klienten loszuwerden. Unter diesen Umständen war ein konstruktives therapeutisches Konzept über lange Jahre hin nicht durchsetzbar.“<sup>81</sup>

1948 gab der Vorstand der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Wien, Prof. Otto Kauders (1873-1949), den Auftrag, im Rahmen der Klinik eine Ambulanz für Kinder und Jugendliche zu errichten. Nach dessen Tod stellte der vertretende Leiter, Herbert Reisner (1912-1982), sieben Betten für „vorwiegend kinderneurologische Fälle“ zur Verfügung.<sup>82</sup> 1951 entstand aus diesem Kinderzimmer unter dem Klinikvorstand Hans Hoff (1897-1969) eine Kinderstation, die zwei Jahre später auf 12 Betten erweitert und von Walter Spiel (1920-2003) geleitet wurde.<sup>83</sup> Daneben muss auch das sog. „Therapieheim“ erwähnt werden, das aus einem 1946 eingerichteten Quäker-Kinderheim 1951 hervorging<sup>84</sup>, und in das auch Maria Nowak-Vogl einen Patienten aus dem Untersuchungssample der Kinderbeobachtungsstation Innsbruck überwies, weil er ihrer Meinung nach psychotherapeutisch behandelt werden sollte. 1962 bot das Heim Platz für 36 Kinder, deren Behandlung tiefenpsychologisch orientiert war<sup>85</sup>

---

<sup>79</sup> Keim: Entwicklung, S. 73.

<sup>80</sup> Vgl. Kretschmer, Manfred: Die Weissenau. Psychiatrisches Krankenhaus von 1945 bis 1990. Geschichte und Erinnerungen. Zwiefalten 2002, S. 18f.

<sup>81</sup> Kretschmer: Die Weissenau, S. 58f.

<sup>82</sup> Spiel, W.: 25 Jahre Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters in Wien (1951-1976). Beilage zu Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 5 (1977) Heft 1, S. 3.

<sup>83</sup> Zur weiteren Entwicklung siehe Spiel: 25 Jahre Neuropsychiatrie.

<sup>84</sup> Dazu Eppel, Heinz: Ein Jahr Arbeit mit schwierigen Kindern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2(1953), S. 98-102.

<sup>85</sup> Vgl. Eppel: Ein Jahr Arbeit, S. 99.

und deren Eltern in die Therapie mit einbezogen werden sollten<sup>86</sup>. Die Aufenthaltsdauer lag im ersten Jahr zwischen drei und zehn Monaten, durchschnittlich sechseinhalb Monate, also relativ lange Zeiträume, die „12 bis 30 Therapiestunden“ umfassten.

1952 wurde in Essen drei Jahre nach der Einrichtung einer Erziehungsberatung an der Städtischen Kinderklinik eine Beobachtungsstation ebendort eröffnet.<sup>87</sup> Auch auf dieser Station wurde nicht nur beobachtet, sondern auch therapiert bzw. eine Therapie eingeleitet „und ambulant durch die Erziehungsberatung weitergeführt“.<sup>88</sup> Daraus folgten relativ kurze Aufenthaltsdauern von durchschnittlich 14,6 Tagen im Jahr 1953. Die maximale Belegungs- und Belastungskapazität der Station lag bei 18 Kindern<sup>89</sup>, die Jungen überwogen auch hier die Mädchen mit zwei Dritteln. Nach dem bisherigen Forschungsstand scheint dies die erste Kinderbeobachtungsstation Deutschlands zu sein, die an die Pädiatrie angeschlossen wurde. Es folgte um 1957 eine Psychosomatische Abteilung an einer Kinderklinik in Hamburg, auf die noch eingegangen werden wird, ein weiteres, sehr spätes Beispiel ist Stuttgart<sup>90</sup>, während, wie bereits erwähnt, in Österreich und in der Schweiz engere Verbindungen zu Pädiatrie und Heilpädagogik bestanden. In Wien gab es beides, eine – die ältere, schon genannte – heilpädagogische Abteilung an der Kinderklinik<sup>91</sup> und ab 1951 eine Station an der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik<sup>92</sup>.

1954 wurde an der 1857 als „Kreisirrenanstalt“ gegründeten psychiatrischen Einrichtung Klingenstein in der Pfalz eine Kinderbeobachtungsstation gegründet.<sup>93</sup> Sie steht, wie auch die vier Jahre zuvor eröffnete Beobachtungsabteilung der Weissenau für Einrichtungen, die im ländlichen Raum, fern der großen Städte, geschaffen wurden und eng mit der Psychiatrie verbunden waren, was man in den Städten nach außen hin eher zu verhindern trachtete.

---

<sup>86</sup> Vgl. Eppel: Ein Jahr Arbeit, S. 100.

<sup>87</sup> Bleckmann, K. H.: Über die Arbeit einer klinischen Beobachtungsabteilung für erziehungsschwierige Kinder. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 5 (1956), S. 8-11, hier S. 8.

<sup>88</sup> Bleckmann: Über die Arbeit, S. 9.

<sup>89</sup> Vgl. Bleckmann: Über die Arbeit, S. 10.

<sup>90</sup> In Stuttgart wurde 1977 am Kinderkrankenhaus eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie eröffnet. Vgl. Das Olgäle – die königliche Kinderklinik. 150 Jahre Olgahospital Stuttgart. Hrsg. v. der Landeshauptstadt Stuttgart. Tübingen 1992, S. 55f.

<sup>91</sup> Lazar, Erwin: Die heilpädagogische Abteilung der Kinderklinik in Wien. In: Zeitschrift für Kinderforschung 28 (1923), S. 161-174. Diese Abteilung ist Thema einer Dissertation, die von Ina Friedmann an der Universität Wien bearbeitet wird.

<sup>92</sup> Spiel: 25 Jahre Neuropsychiatrie, S. 8.

<sup>93</sup> Rotzoll, Maik: „Ein dringendes Erfordernis unserer Zeit“. Zur Entwicklung der pfälzischen Kinder- und Jugendpsychiatrie 1945-1986. In: Fangerau, Heiner u. a. (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Berlin 2017, S. 513-534.



Die Bandbreite der therapeutischen Einrichtungen wurde 1956 durch ein sog. „Psychagogisches Kinderheim“ in Rittmarshausen bei Göttingen bereichert, das Platz für 20 Kinder bot.<sup>94</sup> Die Neuaufnahmen wurden dem ärztlichen Berater des Heimes vorgestellt, die Therapie erfolgte durch den Heimleiter, eine Psychagogin<sup>95</sup>, Jugendleiterinnen, Kindergärtnerinnen und Kinderpflegerinnen. Die Kinder hatten einzeln oder in Gruppen einmal täglich bis einmal wöchentlich festgelegte Betreuungsstunden bei der Psychagogin, die tiefenpsychologisch arbeitete.

1958 kam es zu dem bereits erwähnten Neubau und damit zu einer Erweiterung der Marburger kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung, die in den Folgejahren zu den federführenden Einrichtungen werden sollte. Die Raumplanung der Neubauten sah Platz für 52 Kinder vor, außerdem Schul-, Lehrer-, Turn-, Arzt-, Therapie-, Spiel-, Aufenthalts- und Essräume, Zimmer für das pädagogische und Pflegepersonal, außerdem eine geschlossene Abteilung. Das Personal umfasste Ärzte, Psychologen, Sonderschulpädagogen, Schwestern, Pfleger und Hausmädchen, war also interdisziplinär angelegt.<sup>96</sup> Damit war eine moderne große kinderpsychiatrische Einrichtung geschaffen. Dadurch, dass die Gebäude der Abteilung an das „Institut für ärztlich-pädagogische Jugendhilfe“, eine Erziehungsberatungsstelle, grenzten, ergab sich eine enge Zusammenarbeit.

Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation wurde also in einer Zeit gegründet, in der viele größere Städte solche Einrichtungen als notwendig erachteten. In der deutschsprachigen Schweiz lässt sich Ähnliches beobachten, wenn auch nicht in der Häufung wie im größeren und bevölkerungsreicheren Nachbarland: 1947 erfolgte die Eröffnung der Kantonalen Kinderbeobachtungsstation der Psychiatrischen Klinik Königsfelden in Rüfenach, Kanton

---

<sup>94</sup> Dühsler, Ernst und Käthe: Ein Jahr Psychagogisches Kinderheim. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 6 (1957), S. 202-205.

<sup>95</sup> Die Ausbildung von Psychagogen war unterschiedlich geregelt, verlief aber meist nebenberuflich in psychotherapeutischen Instituten. 1962 heißt es in einer Veröffentlichung, Psychagogen haben „als Grundberuf die Ausbildung als Lehrer, Jugendleiter oder Sozialarbeiten“. Ockel, Heinz Helmut: Entwicklung und Tätigkeit des Psychotherapeutischen Institutes und der Erziehungsberatungsstelle in Hannover. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 11 (1962), S. 207-217, hier S. 208. In Berlin wurde die Ausbildung 1948 von ärztlichen Psychotherapeuten im Institut für Psychotherapie e. V. eingerichtet und 1950 „zum ersten Mal vom damaligen Wissenschaftlichen Landesprüfungsamt des Magistrats von Groß-Berlin“ geregelt. Hopmann, Werner: Neuregelung der Ausbildung von Psychagogen in Berlin. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 16 (1967), S. 147-150. Psychagogen, die tiefenpsychologisch arbeiteten, sollten dem Mangel an analytischen Psychotherapeuten abhelfen. Dazu auch: Knöll, Harry: Psychagogik – Gedanken zur Begriffsbestimmung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 17 (1968), S. 155-157; Nissen, Gerhard: Der Psychagoge in der kinderpsychiatrischen Klinik. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 21 (1972), S. 10-12.

<sup>96</sup> Stutte: Die Kinder- und Jugendpsychiatrische Station, S. 202.

Aargau<sup>97</sup>, 1956 wird im Kinderspital Basel eine kinderpsychiatrische Abteilung eröffnet, parallel zur Abteilung für Kinder und Jugendliche an der Psychiatrischen Klinik, die zusammenarbeiten. Die Abteilung des Kinderspitals bot Platz für 16 Kinder und Jugendliche und wurde von zwei Kinderpsychiatern geleitet bzw. betreut.<sup>98</sup> Ein Bericht über das schon erwähnte, 1937 gegründete „Gotthelfhaus“ in Biberist aus dem Jahr 1953 zeigt, dass es Platz für maximal 18 Kinder gab, die durchschnittlich drei bis vier Monate dort waren und ebenfalls nicht nur beobachtet, sondern auch therapiert wurden. Der leitende Arzt verfügte über eine psychotherapeutische Fachausbildung, die Hauseltern waren Heilpädagogen, außerdem waren drei sozialpädagogisch ausgebildete Frauen und eine Fürsorgerin angestellt. Interessant ist, dass die Erzieherin nach den ersten 14 Tagen des Aufenthaltes einen ausführlichen Beobachtungsbericht erstellte, „unbeeinflusst von einer ärztlichen Diagnosestellung“.<sup>99</sup> Aufgabe der Fürsorgerin war es vor Aufnahme eines Kindes, „dessen häusliche Verhältnisse und seine Lebensgeschichte aufzunehmen, besonders unter dem Gesichtspunkt seines Verhältnisses zu den Eltern, Geschwistern, Schulkameraden, des Verhaltens in der Schule usw.“ Die Behandlung des Kindes sollte entsprechend den Beobachtungen der Erzieherin, der Fürsorgerin und des Arztes festgelegt werden. „In den Fällen, wo es angezeigt ist, wird eine intensivere psychotherapeutische Behandlung durch den Arzt eingeleitet unter dem Gesichtspunkt der Tiefenpsychologie in Anwendung analytischer Methoden.“<sup>100</sup> Hier wird deutlich, dass heilpädagogische und psychotherapeutische Maßnahmen den Kern der Behandlung bilden sollten. 1960 spricht Moritz Tramer von insgesamt 12 Beobachtungsstationen in zehn Kantonen der Schweiz.<sup>101</sup>

Der Gründungsboom kinder- und jugendpsychiatrischer stationärer Einrichtungen war in den 1950er Jahren noch stärker als während der Weimarer Republik. So finden sich neben den bereits genannten Einrichtungen Daten für Tiefenbrunn bei Göttingen (Kinderabteilung des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Tiefenbrunn, 1952), das sich eine analytische Kinderpsychotherapie auf die Fahnen geschrieben hatte. 1970 verfügte die Abteilung über 12

---

<sup>97</sup> Vgl. Schaffner-Hänny: Wo Europas Kinderpsychiatrie, S. 132.

<sup>98</sup> Vgl. Haffter, C.: Kinderpsychiatrische Abteilung im Kinderspital Basel. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 6 (1957), S. 24.

<sup>99</sup> Ranft: Aus der psychotherapeutischen und heilpädagogischen Arbeit, S. 234.

<sup>100</sup> Ranft: Aus der psychotherapeutischen und heilpädagogischen Arbeit, S. 234.

<sup>101</sup> Vgl. Tramer, M.: Zur Entwicklung der Kinderpsychiatrie speziell Beobachtungsstationen. In: Acta Paedopsychiatrica 27 (1960), S. 245.

Betten und sollte im darauffolgenden Jahr durch einen Neubau erweitert werden.<sup>102</sup> Um 1953 wurde am Niedersächsischen Landeskrankenhaus Königslutter ein jugendpsychiatrischer Dienst eingerichtet, der aus einer Ambulanz und einer Klinik zur Diagnostik und Therapie mit 30 Plätzen für Kinder und Jugendliche zwischen zwei und 17 Jahren bestand. Die Patientinnen und Patienten wurden 1966 von einem Psychiater, einer Psychologin, einem Jugendleiter, drei Kindergärtnerinnen, einer Sozialfürsorgerin sowie Kinderschwestern und psychiatrischen Schwestern betreut. Die Klinik sollte „bewußt Heimcharakter ohne klinischen Stationsbetrieb“ haben und der Diagnostik und Therapie dienen. Es gab keine geschlossene Abteilung, es fehlte auch an Platz, das wurde aber auch als Vorteil gedeutet, es entstehe nämlich so „eine Umwelt, die in etwa mit denselben realen Forderungen, Belastungen und Konflikten ausgestattet ist, mit denen das Kind auch nach seiner Entlassung draußen wieder konfrontiert wird, d. h. es wird ein Schonklima vermieden, wie es u. U. zu diagnostischen Fehlschlüssen und therapeutischen Scheinerfolgen führen kann.“<sup>103</sup>

Hamburg folgte ca. 1957 mit der bereits genannten Psychosomatischen Abteilung des Kinderkrankenhauses Rothenburgsort.<sup>104</sup> Zur Zeit der Berichterstattung, 1966, hatte die Abteilung sieben Schlafräume mit 26 Betten, zwei Spielzimmer und einen Schulraum sowie einen „Matschraum und Werkraum“ und einen Baderaum mit kleinem Swimmingpool. Dem Personal gehörten außer einem Arzt zwei Psychologen an sowie eine Fürsorgerin „für die notwendige Familienarbeit (Hausbesuche)“.<sup>105</sup> Die zur Therapie ausgewählten Kinder blieben in der Regel für ein Vierteljahr auf der Station, daneben gab es eine sog. „Diagnostikgruppe“ zur Abklärung. Im Lauf der Jahre wurden sog. Therapieabschnitte entwickelt, die aus einer sog. „Aggressionsphase“ bestand, in der möglichst keine Forderungen an die Kinder gestellt werden sollten und in der „den Kindern die Möglichkeit gegeben [wurde], verdrängte Aggressionen auszuleben, fehlerhafte Einstellungen zu korrigieren. Die kleinen Patienten haben reichlich Gelegenheit, sich in dieser Phase mit amorphem Material im Werk- und Matschraum sowie im Baderaum zu betätigen und sich mit den Urelementen Wasser, Feuer

---

<sup>102</sup> Vgl. Gaber, Leni; Knöll, Harry; Odag, Celal; Sprenzel, Hildegard; Stange, Elisabeth: Aus der Arbeit einer analytischen Kinderstation. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 20 (1971), S. 274-278. Das Haus wurde 1903 als „Provinzial Sanatorium für Nervenranke Rasemühle“ bei Göttingen eröffnet und war für die Behandlung von „Nervösen aller Stände“ vorgesehen.

<sup>103</sup> Held, Fritz: Zur Organisation jugendpsychiatrischer Aufgaben. In: Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete 6 (1967), S. 195-200, hier S. 199.

<sup>104</sup> Vgl. Peltz, Hans D.: Gestalt und Aufgaben einer Psychosomatischen Abteilung an einer Kinderklinik. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 15 (1966), S. 55-58.

<sup>105</sup> Peltz: Gestalt und Aufgaben, S. 56.

und Erde aktiv auseinanderzusetzen.“<sup>106</sup> Es folgte nach ca. sechs Wochen die sog. „Resozialisierungsphase“, in der der Übergang zu „neuen Ordnungen, zu einer neuen Anpassung an die Realität“ vorbereitet werden sollte. Auch der Reigen der angewandten Therapie weist auf darauf hin, dass diese Abteilung sich neuen Methoden angeschlossen hatte: „Man kann unsere Therapie allgemein als eine ‚No-directive-Therapie‘ bezeichnen. Die Therapie schließt weiterhin zudeckende psychotherapeutische Maßnahmen, wie Autogenes Training, Beschäftigungstherapie, Psychodrama und Rollenspiel sowie eine durch uns entwickelte spezifische Musik-Mal-Therapie ein. Psychopharmaka werden nur in geringem Maße angewandt.“<sup>107</sup> Die Eltern wurden nicht nur aktiv in die Behandlung ihrer Kinder miteinbezogen, sondern durchliefen selbst eine sog. „Elterntherapie“.

1958 wurde an der psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg die erste Kinderstation eröffnet, die die bereits 1917 durch August Homburger begonnene Entwicklung weiterführte. Manfred Müller-Küppers, Inhaber des 1971 eingerichteten Lehrstuhls für Kinder- und Jugendpsychiatrie, baute diese Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie auf, die ebenfalls zu den „modernen“ Einrichtungen gehörte. 1961 bildeten 24 Betten den Kern der offenen kinderpsychiatrischen Abteilung, die zur Aufnahme von drei- bis 15jährigen Jungen und Mädchen dienten. Die Station wurde in diesem Jahr von einer in der Fachausbildung befindlichen Ärztin geführt, außerdem waren dort unter der Leitung einer Jugendleiterin drei ausgebildete Säuglings- und Kinderschwesterinnen und vier Kindergärtnerinnen angestellt. Die Kinder und Jugendlichen sollten in der Regel sechs bis acht Wochen dort bleiben, wobei therapeutisch bedingte Verlängerungen auch hier bis zu mehreren Monaten möglich waren.<sup>108</sup> Zum Behandlungsspektrum gehörten „medikamentöse und physikalische Therapie, Pädagogik und Heilpädagogik mit ihren mannigfaltigen Elementen (Malen, Schmieren, Kneten, Werken, Rhythmik, Gymnastik, Verwendung des Orffschen Schulwerks usw.) sowie Psychagogik und Psychotherapie. Bei den stationären Kindern stellen diese beiden Maßnahmen noch Ausnahmen dar.“<sup>109</sup> Auch hier galt die Einziehung der Eltern als unerlässlich. Zu den Mitarbeitern gehörten 1961: ein Kinderpsychiater, der gleichzeitig Psychotherapeut und Diplom-Psychologe war, eine Ärztin in Fachausbildung, die zudem examinierte Psychagogin war, eine weitere Psychagogin und eine Fürsorgerin. Letztere wurden allerdings nur für die

---

<sup>106</sup> Peltz: Gestalt und Aufgaben, S. 57.

<sup>107</sup> Peltz: Gestalt und Aufgaben, S. 57.

<sup>108</sup> Vgl. Müller-Küppers: Aufbau, Funktion.

<sup>109</sup> Müller-Küppers: Aufbau, Funktion, S. 168.

ambulante Therapie eingesetzt. Der Station war eine Poliklinik angegliedert bzw. vorgeschaltet, die zusammen mit der Heilpädagogischen Beratungsstelle der Stadt Heidelberg den ambulanten Sektor der kinderpsychiatrischen Abteilung bildete.

Ein Beispiel für eine private Einrichtung ist Reutlingen, wo einer der größten diakonischen Heimträger Baden-Württembergs, die Gustav Werner Stiftung zum Bruderhaus, 1959 eine eigene Beobachtungsstation eingerichtet hatte. Das war, wie auch die Anstellung eines psychiatrisch ausgewiesenen Arztes 1953, der diese Station gefordert hatte, ein Hinweis auf beginnende Innovationen in der Heimgeschichte bei diesem seit 1837 bestehenden Träger. Die Beobachtungsstation, die sich ebenfalls nicht nur auf die reine Beobachtung beschränkte, sondern auch therapierte, sollte vor allem der adäquateren Zuweisung der aufgenommenen Kinder in unterschiedliche Heimeinrichtungen dienen, und wurde 1964 zu einer eigenen Kinderabteilung ausgebaut.<sup>110</sup>

1962 wurde die Jugendpsychiatrische Klinik am Landeskrankenhaus Süchteln am Niederrhein eröffnet<sup>111</sup>, zu der noch keine Forschung vorliegt. Das Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München erhielt 1966 eine kinderpsychiatrische Forschungsabteilung mit Ambulanz und 28 Behandlungsplätzen, die bis 1989 bestand. „In Verbindung mit klinischer Versorgung und schulischer Förderung konzentrierte sich die Forschung auf Methodik der Verhaltensbeobachtung und Verhaltensmodifikation, zunächst bei Kindern mit frühkindlichem Autismus und verwandten Störungen.“<sup>112</sup> Die Abteilung wurde mit dem gesamten Mitarbeiterstand 1989 in die bereits erwähnte Heckscher-Klinik übernommen.

Weitere kinderpsychiatrische Einrichtungen folgten vor allem in den 1970er Jahren, wie beispielsweise in Hamburg die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Psychiatrischen Klinik der Universität Hamburg 1974 mit 16 Plätzen in Zweibettzimmern.<sup>113</sup> Der Schwerpunkt sollte hier „Einzel- und Gruppentherapie in verschiedenen Formen sein; neben medikamentöser, physikalischer und Beschäftigungstherapie sollten tiefenpsychologisch orientierte Methoden, Gesprächspsychotherapie und verhaltenstherapeutische Techniken

---

<sup>110</sup> Vgl. Hähner-Rombach: „Das ist jetzt das erste Mal, dass ich darüber rede...“, S. 90-91.

<sup>111</sup> Vgl. Castell: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Bibliographie [CD-ROM], S. 44.

<sup>112</sup> Martinius, Joest: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in München. In: Rexroth: Die klinische Jugendpsychiatrie in Bayern, S. 65-81, hier S. 76.

<sup>113</sup> Vgl. Kossen, Johannes; Köttgen, Charlotte; Ludewig, Kurt; Meyer-König, Eberhard; Sprengel, Christiane Johanna: Aufbau einer Station für jugendliche psychiatrische Patienten – erster Erfahrungsbericht nach einem Jahr. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 26 (1977), S. 218-225.

Anwendung finden.“<sup>114</sup> Die Struktur der Abteilung war der einer „Therapeutischen Gemeinschaft“ angeglichen. Diese Einrichtung steht in ihrer ganzen Ausrichtung für den modernen Typus einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung, der nicht mit alten Traditionen behaftet war, von denen man sich erst lösen musste.

### 3.7. Fazit

Die Einrichtung kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen wurde zum einen durch die Zeitläufte bedingt, zum anderen aber auch durch die Professionalisierungsbestrebungen der Kinder- und Jugendpsychiater. Zunächst akquirierten sie neue Patientengruppen, also Kinder und Jugendliche, und vermehrten „damit den Einfluss der Psychiatrie und der Psychiater in der Gesellschaft“.<sup>115</sup> Zugleich nutzten sie die neue Patientenschaft für den Unterricht der angehenden Kinderpsychiater. Dabei machten sie sich die Zeitläufte (überfüllte psychiatrische Anstalten, Kriege, Nachkriegszeiten) zunutze und legten der Gesellschaft ihre Bedeutung zur Aufrechterhaltung der Ordnung und Sicherheit nahe. In diesen Bestrebungen zeigten sie sich erfolgreich. Begünstigt wurde dies wiederum durch die jeweilige Gesetzgebung (Jugendwohlfahrtsgesetze) in der Weimarer Republik und in der Nachkriegszeit. Seitdem konnten die Kinder- und Jugendpsychiater ihren Expertenstatus lange Zeit quasi unangefochten ausbauen und behaupten.

Die Ausrichtung der Stationen konnte sehr stark divergieren, das zeigte sich bereits in den frühen Nachkriegsgründungen. Während beispielsweise die 1949 gegründete Bremer Kinderbeobachtungsstation aufgrund ihrer Förderung durch die Amerikaner ausgesprochen liberal orientiert war<sup>116</sup>, wird der Innsbrucker Station eine „repressiv-restaurative (Heil)Pädagogik“ unter der autoritären Leitung von Maria Nowak-Vogl attestiert.<sup>117</sup> Die Gleichzeitigkeit ganz unterschiedlicher Konzepte über den Umgang mit und die Behandlung von verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen war weit verbreitet und – wenn man die deutschsprachige Schweiz einmal vorsichtig ausnimmt – geradezu typisch für die Nachkriegszeit, und das nicht nur in diesem Bereich. Die Ausrichtung der jeweiligen Station hing sehr von der Einstellung der sie leitenden Persönlichkeit ab. Dabei tat sich die

---

<sup>114</sup> Kossen u. a.: Aufbau einer Station, S. 218.

<sup>115</sup> Köhnlein: Zwischen therapeutischer Innovation, S. 152.

<sup>116</sup> Vgl. Engelbracht: Von der Nervenklinik, S. 134ff.

<sup>117</sup> Ralsler, Michaela: Die Kinderbeobachtungsstation (1954-1987) der Maria Nowak-Vogl und deren Stellung im Fürsorgeerziehungssystem des Landes Tirol. In: Bericht der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission: Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl. 11. November 2013, S. 28-40, hier S. 40.

Generation der Kinder- und Jugendpsychiater, die nicht im Nationalsozialismus sozialisiert wurden, wohl in der Regel leichter, alternativen Therapiekonzepten offener gegenüberzustehen. Die allgemeine Verzögerung, mit der neue Wege in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (und in der Heimunterbringung) beschritten wurden, hing auch damit zusammen, dass die „Wiederentdeckung“ der in der Zwischenkriegszeit diskutierten und entwickelten Methoden nach 1945 geraume Zeit brauchte. Einzig der Versuch, zur besseren Akzeptanz den Kinderstationen den Charakter einer psychiatrischen Klinik zu nehmen, wurde ganz schnell nach dem Krieg wieder aufgegriffen, aber das lag eben in den professionspolitischen Interessen der ärztlichen Leitungen dieser Stationen. Das mag auch die Ursache dafür sein, dass die Angliederung einer geschlossenen Abteilung, wie im Marburger Neubau, eher die Ausnahme war. Das Bestreben, den Eindruck einer psychiatrischen Klinikabteilung zu vermeiden, wurde in Innsbruck durch den Umzug in eine Villa umgesetzt.

Hinsichtlich der neuen Therapieformen lässt sich für die Innsbrucker Station unter Maria (Nowak-)Vogl festhalten, dass sie diese, wie Beschäftigungstherapie oder (stärkere) Einbeziehung der Familie, aufgenommen hat, wenngleich verspätet. Dabei konnte sie „naturgemäß“ ihre eigentliche Ausrichtung bei gleichbleibender Leitung nicht einfach „abstreifen“, wie dies beispielsweise bei der bereits erwähnten, 1957 gegründeten Station Rothenburgsort möglich war, die sich (spätestens) 1966 eine „No-directive-Therapie“ auf die Fahne geschrieben hatte, oder bei der Heidelberger Einrichtung unter Müller-Küppers. Dennoch muss festgehalten werden, dass Gründungen, wie die Bremer Kinderbeobachtungsstation, zeigen, dass es auch zu diesem frühen Zeitpunkt Alternativmodelle zu dem herkömmlich autoritär-repressiven Modell gab, an denen man sich hätte orientieren können.

Dass die Innsbrucker Einrichtung insofern ein „Hybrid“ war, als die Kinder und Jugendlichen nicht nur beobachtet, sondern auch therapiert wurden, war bei den anderen Stationen ebenfalls der Fall. Auch die mitunter sehr langen Aufenthaltszeiten lassen sich in anderen Einrichtungen finden und weisen darauf hin, dass die betreffende Station ein Ersatz für nicht vorhandene kinderpsychiatrische Institutionen war.

## 4. Entwicklung der Scientific Community der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Zum Kontext der Arbeit der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation gehört auch die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach dem Zweiten Weltkrieg. Deshalb sollen im Folgenden die wichtigsten „Meilensteine“ für den Untersuchungszeitraum zusammengefasst werden. Vorausgeschickt werden soll, dass sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie im deutschsprachigen Raum erst seit den 1950er Jahren langsam zu formieren begann. Das heißt, es fehlte über viele Jahre an verbindlichen Regelungen für die Arbeit mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen. Die Therapien waren noch in der Entwicklung, auch Diagnoseklassifikationen weit entfernt von verbindlichen Vorgaben. Laut Ernst Berger war das fachspezifische Diagnosemanual – MAS – in deutscher Übersetzung erstmals 1977 erhältlich.<sup>118</sup>

Im Folgenden wird die Professionalisierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie an den Fachgesellschaften, Publikationsorganen und Lehrstühlen umrissen, bevor auf die Themen eingegangen werden soll, die auf den Kongressen und in den Fachzeitschriften vorgestellt wurden.

### 4.1. Fachgesellschaften

Bereits 1940, also während des Zweiten Weltkriegs, gründete sich in Wien die „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“, die sich 1950 unter der Schriftführung von Hermann Stutte in Marburg an der Lahn als „Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie“ (DVJ) konstituierte bzw. „wiedergründete“.<sup>119</sup> 1973 wurde der Name der Fachgesellschaft geändert in „Deutsche Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie“, drei Jahre später, 1976, in „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (DGKJP), 1994 erweitert um den Zusatz „und Psychotherapie“. Seit 2003 lautet der Name „Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“.

---

<sup>118</sup> Vgl. Berger, Ernst: Die Innsbrucker Kinderpsychiatrie/Heilpädagogik im Kontext der Entwicklung des Faches Kinderpsychiatrie. In: Bericht der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission: Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation, S. 50-56, hier S. 50.

<sup>119</sup> Die genaueren Umstände der Gründung und Wiedergründung werden zur Zeit in einem von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. finanzierten wissenschaftlichen Projekt unter der Leitung von Prof. Heiner Fangerau, Universität Köln, untersucht. Ansonsten sei hier auf die ausführliche Darstellung bei Castell: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kap. 4, verwiesen.



1985 gründete sich die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie (ÖGKJNP), heute heißt sie Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP).

#### 4.2. Publikationsorgane

Die „*Zeitschrift für Kinderforschung*“, die ab Januar 1896 zunächst unter dem Namen „*Die Kinderfehler. Zeitschrift für Pädagogische Pathologie und Therapie in Haus, Schule und sozialem Leben*“ erschien, existierte bis zu ihrer Einstellung 1944. Zu den Gründern gehörten der Pädagoge Johannes Trüper (1855-1921), der württembergische Psychiater Julius Ludwig August Koch (1841-1908), der Lehrer Christian Ufer und der Theologe und Gründer des Ev. Diakonievereins Friedrich Zimmer (1855-1919).<sup>120</sup> Zu den späteren Herausgebern gehörte fast alles, was bis 1933 in der deutschen, österreichischen und Schweizer Kinder- und Jugendfürsorge Rang und Namen hatte, darunter Ruth van der Leyen und der österreichische Heilpädagoge Theodor Heller. Dennoch verschob sich der Akzent der Zeitschrift im Laufe der Zeit von einer interdisziplinär ausgerichteten Pädagogik zur Medizin, wobei die Psychiatrie einen immer höheren Stellenwert erhielt.

Es dauerte zwölf Jahre, bis 1956 das „*Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete*“ die Nachfolge der „*Zeitschrift für Kinderforschung*“ antrat. Die Initiative zur Gründung ging vor allem auf Werner Villinger zurück, der letzte Chefherausgeber der „*Zeitschrift für Kinderforschung*“. Das „Jahrbuch“ erschien zwischen 1956 und 1971 insgesamt acht Mal. Es gilt als inoffizielles Publikationsorgan der „Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie“, wandte sich jedoch nicht nur an Psychiater, sondern auch an Pädagogen, Heilpädagogen, Psychologen, Juristen und Theologen. Inhaltlich, so Castell, „war keine einheitliche Linie festzustellen“.<sup>121</sup> Der letzte und achte Band erschien 1971. Im Vorwort wurde angekündigt, dass das Jahrbuch zukünftig vierteljährlich als „*Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*“ weitergeführt werde. Seit 1973 erscheint die Zeitschrift unter diesem Namen regelmäßig.

Seit 1952 gibt es die „*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Zeitschrift für analytische Kinderpsychologie, Psychotherapie und Psychagogik in Praxis und Forschung*“. Herausgeber waren Annemarie Dührssen, Psychiaterin und Psychotherapeutin, und Werner Schwidder,

---

<sup>120</sup> Zur inhaltlichen Ausrichtung der Zeitschrift siehe Castell: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 260-265.

<sup>121</sup> Castell: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 261.

Mediziner und Psychotherapeut. Ziel der Zeitschrift war es, „Erfahrungen und Ergebnisse der kinderpsychiatrischen, psychotherapeutischen und psychagogischen Arbeit“ zu veröffentlichen und „zugleich allen an dieser Arbeit beruflich Interessierten die Möglichkeit zur Stellungnahme und Diskussion“ zu geben.<sup>122</sup> Es ging also vor allem um die Praxis, wie schon durch den Titel zum Ausdruck gebracht, aber auch die Psychotherapie sollte hier stärker ins Zentrum rücken, als dies im „Jahrbuch“ der Fall war. Maria Nowak-Vogl gehörte übrigens „zu den wichtigsten Mitarbeitern und steuerte eine Reihe von Aufsätzen bei“.<sup>123</sup>

Schließlich muss noch die Schweizer „*Zeitschrift für Kinderpsychiatrie – Acta Paedopsychiatrica*“ angeführt werden, die 1934 von Moritz Tramer und anderen Schweizern gegründet wurde bis 1994 unter dem Titel „*Acta paedopsychiatrica: europäische Zeitschrift für Neuropsychiatrie, Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*; a publ. organ for the official bulletin of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; international journal of child and adolescent psychiatry“ erschien. Nach Tramers Tod übernahm der Niederländer Dick Arnold van Krevelen den Posten des Chief Editor. Die sehr stark international ausgerichtete Zeitschrift wandte sich „an alle Ärzte, deren Tätigkeit die Beschäftigung mit psychisch abnormen Kindern und Jugendlichen einschloß, wobei auch das Gebiet der Neurologie Beachtung fand“.<sup>124</sup>

### 4.3. Lehrbücher

Im Anschluss an die Fachorgane soll noch ein Blick auf die Lehrbücher der Kinder- und Jugendpsychiatrie gerichtet werden, deren Anzahl für die Zeit, in der Maria Nowak-Vogl ihre Ausbildung durchlief, sehr überschaubar war. Auch hier folge ich v. a. den Ausführungen Castells. Seine Auflistung der Lehrbücher nach 1937 beginnt mit dem Werk von Franz Günther Ritter von Stocker „Einführung in die Psychopathologie des Kindesalters“, das 1939 bei Urban und Schwarzenberg in Berlin und Wien erschien. Abgesehen von seiner Befürwortung eugenischer Maßnahmen, die nicht weiter erstaunt, und von einem Anhang mit einer Zusammenfassung der gesetzlichen Lage bietet das Buch in übersichtlicher Weise auf knapp 200 Seiten einen Überblick über die psychische Entwicklung des Kleinkindes, „Defektzustände nach frühkindlicher Hirnschädigung“, „Erziehungsschwierigkeiten und ihre

---

<sup>122</sup> Zit. n. Castell: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 266.

<sup>123</sup> Castell: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 268.

<sup>124</sup> Castell: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 271.

Periodik“, Neurosen (darunter Bettnässen, Stottern und Angst- und Zwangszustände), „Die psychischen Zustandsbilder bei Hirnerkrankungen“ sowie Epilepsien und Psychosen.<sup>125</sup>

Im selben Jahr wie die Erstauflage von Stockert erschien auch das Werk des Wiener Pädiaters Franz Hamburger, der darin aus seiner nationalsozialistischen Gesinnung kein Hehl machte, „Die Neurosen des Kindesalters“. Das Buch handelt von dem für ihn wesentlichen „Wirken der Mutter“, einer Differenzierung verschiedener Reflexe und den daraus entstehenden Gewohnheiten, den Folgen einer erblichen Neurasthenie-Neigung und der Ausbildung von Neurosen sowie der Erziehung als Dreh- und Angelpunkt der Neurosenprophylaxe. Daran schließen sich Therapievorschläge sowohl für Eltern als auch für Ärzte an, gefolgt von Neurosen der einzelnen Organsysteme.<sup>126</sup>

1942 erschien in der Schweiz das über 400 Seiten umfassende „Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie einschließlich der allgemeinen Psychiatrie der Pubertät und Adoleszenz“ von Moritz Tramer, das mit den folgenden Auflagen noch an Umfang zunahm. Nach einer Einführung (Begriff, Aufgabe und Stellung der Kinderpsychiatrie) geht Tramer auf die normale Entwicklung des Kindes ein, bevor er seine umfangreichen Untersuchungsmethoden im Einzelnen beschreibt. Das 5. Kapitel widmet sich der Ätiologie, gefolgt von ausführlichen Erlauerungen der allgemeinen Psychopathologie. Eine sehr detaillierte Klassifikation psychischer Störungen und Erkrankungen und ein Kapitel über Entwicklungsstörungen schließen sich an. Die letzten vier Kapitel handeln von der Diagnostik und Prognostik, der Therapie, der sozialen Funktion der Kinderpsychiatrie und den psychohygienischen Aufgaben der Kinderpsychiatrie.<sup>127</sup> Castell hebt bei Tramers Werk besonders die „dargestellten diagnostischen Methoden“ hervor, „die bereits damals ausführlich durch verschiedene Entwicklungs- und Persönlichkeitstests untermauert wurden“ hervor. Dazu komme seine nosologische Einteilung. Dies sei „insbesondere deshalb zu würdigen, da es zu jenem Zeitpunkt keine kinderpsychiatrische Krankheitseinteilung gab.“<sup>128</sup> Dadurch wurde Tramer nicht nur in der Schweiz zu einem einflussreichen Kinderpsychiater.

Eines der bedeutendsten Werke der Nachkriegszeit zur Heilpädagogik wurde von dem Pädiater und Leiter der Heilpädagogischen Abteilung der Wiener Universitäts-Kinderklinik

---

<sup>125</sup> Vgl. Stockert, F. G. von: Einführung in die Psychopathologie des Kindesalters. 3. neubearb. Aufl. Berlin; München 1937.

<sup>126</sup> Vgl. Castell: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 280-282.

<sup>127</sup> Vgl. Tramer, M.: Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie einschließlich der allgemeinen Psychiatrie der Pubertät und Adoleszenz. 4., neu bearb. u. erg. Aufl. Basel; Stuttgart 1964.

<sup>128</sup> Castell: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 299.

Hans Asperger 1952 veröffentlicht, das sich an Ärzte, Lehrer, Psychologen, Richter und Sozialarbeiter wandte, und ebenfalls mehrere Auflagen erlebte. Asperger geht laut Castell von „einer ganzheitlichen Betrachtung körperlicher und seelischer Gegebenheiten und Vorgänge aus“. Die Heilpädagogik wird von Castell als „neue Wissenschaftsentität im Spannungsfeld von Psychiatrie, Kinderpsychologie, Pädagogik und Sozialwissenschaften“ beschrieben, die eine pädagogische Therapie entwickeln will. „Letztlich wird aber der Begriff Heilpädagogik dann doch mit Jugendpsychiatrie gleichgesetzt unter deutlicher Betonung der spezifischen Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen.“<sup>129</sup> Auch Asperger beschäftigt sich mit den verschiedenen Intelligenztests im Kapitel „Wege zur Menschenkenntnis“, das außerdem eine allgemeine Ursachenlehre und Symptomatologie umfasst. Im „Speziellen Teil“ geht er dann auf organische und funktionelle Störungen ein, bevor er sich den „autistischen Psychopathen“ widmet und daran anschließend mit Einzelsymptomen befasst. Die therapeutischen Maßnahmen umfassen neun Seiten und behandeln Erziehungsberatung, Suggestivtherapie und heilpädagogische Menschenführung.<sup>130</sup> Erziehungsfehler der Eltern können in übergroßer Ängstlichkeit, Verwöhnung, Mangel an „echter Liebe“, Unsicherheit über angemessene Anforderungen an das Kind und einer widerspruchsvollen Erziehung bestehen. Die Ausführungen zur Suggestivtherapie orientieren sich an dem bereits erwähnten Franz Hamburger, betonen aber, dass ausschlaggebend nicht die Technik, sondern die Persönlichkeit des Therapeuten ist. Die „heilpädagogische Menschenführung“ besteht zunächst in dem als besonders grundlegend erachteten „Wechsel des Milieus“ sowie in der „pädagogischen Atmosphäre“ der Station, zu der auch die anderen Kinder gehören, eine „wohl überlegte Tageseinteilung“ mit ausgiebigen Ruhezeiten, die sich mit körperlicher Betätigung abwechseln sollen. Hilfreich für Letztere seien Rhythmus und Melodie. Besondere Bedeutung kommt aber auch dem Schulunterricht zu, der straff geführt, aber auch „mitreißend“ sein soll. Wichtig sei immer die „Führung von außen“, solange das Kind zur Selbständigkeit noch nicht in der Lage ist.

Nach dem Krieg, im Jahr 1954, erschien das Werk der Ärztin und Psychotherapeutin Annemarie Dührssen „Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Eine Einführung in die allgemeine und spezielle Neurosenlehre“, das laut Castell zum

---

<sup>129</sup> Castell: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 300.

<sup>130</sup> Vgl. Asperger, Hans: Heilpädagogik. Einführung in die Psychopathologie des Kindes für Ärzte, Lehrer, Psychologen, Richter und Fürsorgerrinnen. 5., unveränd. Aufl. Wien; New York 1968, S. 168-176.

Standardwerk mit der ersten grundlegenden Einführung in die Psychotherapie wurde und 15 Auflagen erlebte. Zweck der Darstellung war folgender: „Unter Beachtung der Problemstellungen von Entwicklungsbiologie und Entwicklungspsychologie sollte eine Darstellung der Entstehung und Ausprägung psychogener Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter auf der Grundlage der Freudschen Psychoanalyse erarbeitet und in verständlicher Form präsentiert werden.“<sup>131</sup> Dührssen gehörte damit zu den bedeutendsten Anhängerinnen der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen der Nachkriegszeit.

Maria Nowak-Vogl bezieht sich in ihren Schriften öfter auf den Schweizer Heilpädagogen Paul Moor<sup>132</sup>, auf die Psychiater Theodor Ziehen und Franz Günther v. Stockert sowie Moritz Tramer und den Pädagogen Heinrich Hanselmann<sup>133</sup> sowie andere<sup>134</sup>. Hans Asperger widmete sie einen Artikel zu dessen 70. Geburtstag.<sup>135</sup> Sie kannte Annemarie Dührssen als Herausgeberin der Fachzeitschrift *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, in der sie selbst publizierte. Paul Moor, der im Laufe seines Schaffens eine Vielzahl von Monographien und Aufsätzen publiziert hat, gehörte sicher zu den bedeutendsten Autoren für das berufliche Selbstverständnis von Maria Nowak-Vogl als Heilpädagogin.

#### 4.4. Lehrstühle und Facharztausbildung

Das erste Extraordinariat für Kinderpsychiatrie wurde in Westdeutschland 1954 in Marburg an der Lahn begründet, 1963 ging daraus der erste eigenständige Lehrstuhl der BRD hervor. In der ehemaligen DDR wurde 1958 der erste Lehrstuhl für Kinderneuropsychiatrie in Rostock eingerichtet. Der Inhaber des ersten westdeutschen Lehrstuhls Werner Villinger (1887-1961) gilt als „führender deutscher Kinderpsychiater“, sein Schüler Hermann Stutte

---

<sup>131</sup> Castell: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 283.

<sup>132</sup> Vgl. Vogl, Maria: Die Notwendigkeit der kinderpsychiatrischen Arbeit. In: Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde 9 (1954), S. 29-42; Dies.: Sozial bedingte Verhaltensstörungen. In: Die Pädagogischen Gezeiten (1956), S. 301-312; Dies.: Zum Schulversagen intelligenter Kinder. In: Innsbrucker Beiträge zur Kulturwissenschaft 5 (1958), S. 233-237.

<sup>133</sup> Vogl, Maria: Ueber die moderne Kinderpsychiatrie. In: Medizinische Klinik 49 (1954), S. 995-998

<sup>134</sup> In ihren Ausführungen zur „Gemeinschaftsunfähigkeit“ zitiert sie u. a. Hans Asperger, Ernst Kretschmer, Eduard Montalta sowie mehrfach Paul Moor. Vgl. Vogl, Maria: Eine heilpädagogische Studie über die Gemeinschaftsunfähigkeit. In: Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 8 (1959), S. 149-155, 180-189.

<sup>135</sup> Nowak-Vogl, M.: Therapie und Erziehung. Herrn Univ.-Prof. Dr. Hans Asperger zum 70. Geburtstag gewidmet. In: Heilpädagogik 19 (1976), S. 85-88.

(1909-1982) als „Leitfigur der deutschsprachigen Kinderpsychiatrie bis in die 1980er Jahre“.<sup>136</sup> Beide werden inzwischen sehr kritisch gesehen, Villinger wegen seiner Tätigkeit im Nationalsozialismus (Zwangssterilisierung und die Frage, ob er an der „Aktion T4“ beteiligt war) und seiner ideologischen Ausrichtung (Stichworte „Minderwertigkeit“, Eugenik und „Rassenhygiene“)<sup>137</sup>, Stutte u. a. wegen seiner „biologistischen Orientierung“ und seinem Festhalten an der Sterilisationsbefürwortung<sup>138</sup>.

Den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es in der BRD seit 1968. In Österreich starteten die Planungen für eine Facharztregulierung bereits 1964, es dauerte jedoch elf Jahre, bis 1975 das sog. Additivfach Kinder- und Jugendneuropsychiatrie als Teilgebiet der Sonderfächer Psychiatrie, Neurologie und Pädiatrie geschaffen wurde.<sup>139</sup> Seit 2007 gibt es das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie. 1973 wurde in Wien ein Extraordinariat für Kinderneuropsychiatrie eingerichtet, 1975 kam es dann zur Etablierung der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters in Wien und zur Errichtung eines Ordinariats.<sup>140</sup>

#### **4.5. Themen auf Tagungen und in Fachzeitschriften**

Die folgenden Ausführungen beziehen sich ausschließlich auf die Nachkriegszeit. Auch wenn jahrzehntelang keine Auseinandersetzung des Fachs mit der Zeit des Nationalsozialismus stattgefunden hat, wurden die NS-Diskurse nicht eins zu eins weitergeführt oder übernommen, zudem konnten sich nach dem Ende des „Dritten Reiches“ auch wieder Fachvertreter melden, die dezidiert keine Anhänger bzw. Gegner des Nationalsozialismus waren.

Um den fachlichen Themen und Diskursen auf die Spur zu kommen, gibt es vor allem zwei Möglichkeiten: 1. eine Untersuchung der Vortragsthemen von wissenschaftlichen Tagungen, 2. eine inhaltliche Analyse der Artikel, die in den Fachpublikationen erschienen sind.

##### **4.5.1. Vortragsthemen auf Fachtagungen zwischen 1950 und 1976**

---

<sup>136</sup> Berger, Ernst: Die Kinderpsychiatrie in Österreich 1945-1975 – Entwicklungen zwischen historischer Hypothek und sozialpsychiatrischem Anspruch. In: *Virus* 14 (2016), S. 239-248, hier S. 240.

<sup>137</sup> Zu Villinger siehe Holtkamp: Werner Villinger.

<sup>138</sup> Zu Stutte siehe Rexroth, Christian A.; Bussiek, Dagmar; Castell, Rolf: Hermann Stutte – die Bibliographie: Biographie – Abstracts – Kommentare. Göttingen 2003.

<sup>139</sup> Vgl. Berger: Die Innsbrucker Kinderpsychiatrie/Heilpädagogik, S. 55.

<sup>140</sup> Spiel: 25 Jahre Neuropsychiatrie, S. 6.

Hinsichtlich der Tagungen kann bis Anfang der 1960er Jahre erneut auf die Ausführungen Castells Bezug genommen werden. Folgende Themen dominierten die Fachtagungen bis 1961:

Tab. 1: Vortragsthemen zwischen 1950 und 1961

Jahr	Themen
1950	Psychopathologie des Kindesalters: Psychosen, medizinische Grundlagen der Heilpädagogik, abnorme seelische Reaktionen Fehlende Anerkennung der Kinderpsychiatrie durch die Pädiatrie in Deutschland und Österreich Frühschizophrenie Erziehungsberatungsstelle (Child Guidance Clinic) Diagnosenschema Erfahrungen mit Glutaminsäure bei Kindern Psychopathologie der Erziehungsschwierigkeiten im Lichte von Reifungsphasen
1951	Moderne Probleme der Jugendpsychiatrie Psychische Entwicklung und Keimdrüsentätigkeit Endogene Psychosen Gehirn und Endocrinium vom Standpunkt des Pathologen Verschiedene Formen der hypothalamischen Pubertas praecox [frühzeitige Geschlechtsreifeung] Psychische Spätfolgen der Fliegerangriffe bei Kindern Die jugendpsychiatrische Bedeutung von Reifestörungen Pseudologische Zeugenaussagen von Schulmädchen Hyperkinesen im Kindesalter [unwillkürliche Extrabewegungen]  Villinger: Aktuelle wissenschaftliche Fragestellungen: Ausbreitung der Child Guidance Kliniken, die der Jugendpsychiatrie in anderen Ländern Wertschätzung einbringen; die sog. „Kinderfehler“, die weder intellektuell unzulänglich noch psychotisch seien
1952	Wachstumsprobleme und Reifestörungen Störung der Darstellung bei Sinnesdefekt; körperbehinderte Kinder Die gebräuchlichen Testmethoden Grenzfragen jugendpsychiatrischer Diagnostik; Glutaminsäurebehandlung bei Schwachsinn Prinzipien der Persönlichkeitsbeurteilung; zweijährige Arbeit in einer Beobachtungsabteilung Die berufliche Lage der Jugendpsychiatrie
1954	Präpubertät in Bezug auf verschiedene einzelne Störungsbilder Die Bedeutung der Kriegs- und Nachkriegszeit für die Entwicklung des Kindes
1955	Fragen zum Thema Intelligenz
1958	Autistisches Verhalten im Kindesalter
1959	Die Psychopathologie der endokrinen Störungen des Kindes- und Jugendalters Die Glaubwürdigkeit kindlicher und jugendlicher Zeugen
1961	Die entzündlichen Hirnerkrankungen des Kindesalters Die Mitarbeiter des Kinderpsychiaters, ihre Aus- und Fortbildung

Quelle: Castell: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 88-160.

Castell kommt resümierend zu dem Schluss, dass bis 1961 „kein wesentlicher Versuch unternommen wurde, psychoanalytische Denkmodelle zu diskutieren oder gar zu integrieren.“

Auch für die klinische Verhaltenstherapie, die ab Mitte der 1960er Jahre aktuell wurde, fanden sich keine Vorläufer in den Kongreßthemen.<sup>141</sup>

Die Beiträge der wissenschaftlichen und Jahres-Tagungen der DVJ bzw. DVKJ bzw. DGKJP sind im Untersuchungszeitraum in der Regel nicht als Tagungsbände publiziert worden. Einzelne Vorträge wurden in medizinischen und psychiatrischen Fachzeitschriften, aber auch in Zeitschriften verwandter Disziplinen und Nachbargebiete veröffentlicht, so beispielsweise die von Hermann Stutte<sup>142</sup>. Die inhaltlichen Wiedergaben bei Castell bis 1961 fußen auf einer Auswertung der entsprechenden Archivalien der DGKJP. Für die darauf folgenden Jahre musste ich mich auf die publizierten Tagungsberichte, die nicht vollständig sind, konzentrieren, da im Rahmen dieses Forschungsprojekts Arbeiten im Archiv der DGKJP in Berlin aus zeitlichen Gründen nicht möglich waren. Weitere Tagungsthemen, für die ein publizierter Tagungsbericht gefunden werden konnte, zeigt die folgende Tabelle.

Tab. 2: Leit- und Rahmenthemen der DVJ/DGKJP zwischen 1969 und 1976

Jahr	Themen
1963	Jahrestagung der DVJ: Rahmenthemen <sup>143</sup> : 1. Intelligenz und Intelligenzstörungen 2. Die Verbundenheit von Neurologie und Psychiatrie
1965	Jahrestagung der DVJ: Rahmenthema <sup>144</sup> : Prognose neuro-psychiatrischer Erkrankungen im Kindesalter
1966	Wissenschaftliche Tagung der DVJ, Leitthemen <sup>145</sup> : 1. Kindesmißhandlung 2. Der sogenannte hirnatrophische Prozeß
1968	Tagung der DVJ <sup>146</sup> : Symposium über Diagnostik, Ätiologie und Problematik der Charakteropathien bei frühen Hirnschäden
1969	Jahrestagung der DVJ: Leitthemen <sup>147</sup> : 1. Zwangspänomene im Kindes- und Jugendalter 2. Die jugendpsychiatrische Bedeutung der Frühlesemethoden
1970	Symposion der DVJ zum Thema <sup>148</sup> :

<sup>141</sup> Castell: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, S. 160.

<sup>142</sup> Vgl. Rexroth/Bussiek/Castell: Hermann Stutte

<sup>143</sup> Stutte/Albrecht: Bericht über die 8. Tagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie e. V. (5.-8. September 1963) in Wiesbaden. In: Acta Paedopsychiatria 31 (1964), S. 38-40.

<sup>144</sup> Harbauer, H.: IX. Tagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie e. V. (6.-8. Mai 1965 in Hamburg). In: Acta Paedopsychiatria 32 (1965), S. 350-351.

<sup>145</sup> Harbauer, H.: Bericht über die X. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie. In: Acta Paedopsychiatria 33 (1961), S. 366-367.

<sup>146</sup> Krebs: Tagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie am 16./17. Juni 1968 in Königswinter. In: Acta Paedopsychiatria 35 (1968), S. 327-331.

<sup>147</sup> A. Dührssen: Jahrestagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie in Regensburg vom 5.6. bis 7.6.1969. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 19 (1970), S. 27-29.



	Jugenddissozialität
1971	Wiss. Tagung der DVJ: Rahmenthemen <sup>149</sup> : 1. Die „Dummheit“ und ihre psychosozialen Aspekte 2. Das Kind in der geschiedenen Ehe
1976	Jahrestagung der DGKJP: Rahmenthemen <sup>150</sup> : Psychopathologie der leichten Hirnfunktionsstörungen 2. Tagungstag Generalthema: Methoden der Elternberatung  Wiss. Tagung der DGKJP: Rahmenthemen <sup>151</sup> : 1. Recht, Behörde, Kind – Probleme und Konflikte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2. Dokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Quellen: Siehe die Angaben in den Fußnoten

Wie man sieht, dominieren Themen mit aktuellem Bezug (Intelligenz und ihre Bestimmung, Kindesmisshandlung, Scheidungskinder, Elternberatung, Zusammenarbeit mit Behörden) und psychiatrisch-neurologische Themen. Auch hier kann das, was Castell für die vorangegangenen Tagungen festgestellt hat, nämlich die Abwesenheit neuer Methoden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, festgestellt werden.

#### 4.5.2. Aufsatzthemen in Fachzeitschriften zwischen 1952 und 1982

Erziehungsberatungsstellen und pädagogische Dienste sowie die neuen kinderpsychiatrischen Einrichtungen<sup>152</sup>, die seit Beginn der 1950er wie Pilze aus dem Boden schossen, waren häufig auch Thema der Fachzeitschriften und werden hier vernachlässigt. Probleme, die für unterschiedliche Heimtypen artikuliert wurden, und die ab Ende der 1950er Jahre erschienen, sollen ebenfalls nicht aufgegriffen werden. Dazu gehört auch der Aspekt der körperlichen Strafen.

Eine quantitative und qualitative Auswertung aller in den wichtigsten Publikationsorganen behandelten Themen ist in diesem Rahmen hier nicht zu leisten. Ich beschränke mich deshalb im Folgenden auf Artikel, die sich mit neuen Aspekten vor allem im deutschsprachigen Raum

<sup>148</sup> Krebs, H.: Symposion der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie zum Thema „Jugenddissozialität“; Tagung 23./24. September 1970, Jugendhof Rheinland bei Königswinter. In: Acta Paedopsychiatrica 38 (1971), S. 65-68.

<sup>149</sup> M. Müller-Küppers: XII. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie e. V. in Würzburg vom 30.9. bis zum 2.10.1971. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 21(1972), S. 156-158.

<sup>150</sup> M. Müller-Küppers: Jahrestagung der DVJ vom 8. und 9. September 1976 in Köln. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 26 (1977), S. 106-110.

<sup>151</sup> H. Remschmidt: Bericht über die 15. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 26 (1977), S. 278-281.

<sup>152</sup> Die Berichterstattung der Fachzeitschriften zu Beobachtungsstationen floss detailliert in das entsprechende Kapitel 3 dieses Berichtes ein.

beschäftigten. Das heißt, an dieser Stelle können lediglich Trends ausgemacht werden, eine Vollständigkeit war nicht angestrebt und nicht realisierbar.

Das Thema Traumatisierung wird eigentlich nur durch einen Fortsetzungsbeitrag von Nelly Wolffheim, einer nach England emigrierten Jüdin, 1959 aufgegriffen, die über „Kinder aus Konzentrationslagern“ schreibt. Leserbriefe dazu sucht man übrigens vergebens.

Zeitlich gestreute und auch singuläre Themen betreffen u. a. Testverfahren (1952, 1961, 1965, 1968, 1969, 1977)<sup>153</sup>, Pädagogik, „Erziehungsnotstand“, „Verwahrlosung“, überforderte Kinder, Schulschwänzen, sog. „Gemeinschaftsunfähigkeit“ und „Probleme der heutigen Jugend“ (1953, 1954, 1957, 1959, 1963, 1964, 1969, 1979), Lügen und Hilfsschulkinder (1954) sowie Schlafstörungen bei Kindern und Suizidversuche (1955) und Onanie des Pubertätsalters, Unterscheidung zwischen Schulunreife und Entwicklungshemmung sowie Psychopathologie weiblicher Fortläufer (1957). Probleme für Gutachter wurden ebenfalls hin und wieder behandelt (1958, 1962).

Die interdisziplinär zusammengesetzten Mitarbeiter von kinderpsychiatrischen Einrichtungen wurden im Zuge der Professionalisierung auch öfter zum Thema, beginnend mit dem Jahr 1962, gefolgt von mehreren Artikeln im Jahr 1967 und einzelnen in den Jahren 1968, 1970, 1972, 1976.

Einzelne Diagnosen und therapeutische Maßnahmen betreffen die Schizophrenie (1962), Enuresis und Zwangsneurose (1964, 1967), Autismus und Fettsucht (1968), Suchterkrankungen (1969, 1971), Zykllothymie (1973), Psychosen (1977), Schizophrenie (1962, 1979) und Pseudodemenz (1982). Die Familie geriet auch langsam in den Fokus (1962, 1967, 1982). Die Diagnose „Psychopathie“ wurde zusehends kritischer betrachtet (1976, 1978), der Begriff der „Deprivation“ tauchte erstmals 1970 auf. Überlegungen zum „Handwerkszeug“ der Kinder- und Jugendpsychiater wurden seit 1963 (Technik der Anamneseerhebung), dann 1964 (Formulierung der Diagnose, Diagnoseschlüssel 1971) und 1965 (Symptomwandel, Dokumentation und Datenverarbeitung in der Kinderpsychiatrie) veröffentlicht.

Neue nichtmedikamentöse Therapien wurden erstmals 1955 (Gruppentherapie), nach langem zeitlichem Abstand erst wieder 1970 (allgemeine „neue“ Behandlungsmethoden), dann in kürzeren Abständen, aber nicht sehr häufig 1971 (Spieltherapie, Therapie der Lese-Rechtschreibschwäche, erneut 1978), 1973 (Verhaltenstherapie und Psychotherapie, erneut

---

<sup>153</sup> Im Anhang findet sich eine Auflistung der Artikel, deren Themen hier genannt werden.

1974 und 1978), 1975 (Gruppenarbeit) sowie 1976 (Psychosomatik) behandelt. Diese überschaubare Auflistung korreliert mit dem kurzen Fazit, das Castell zu den Tagungen des DVJ bis 1961 gezogen hat, und das sich auch bei den daran anschließenden Tagungen im Großen und Ganzen bestätigt hat: keine Auseinandersetzung mit alternativen Therapien.

Aufsätze zur medikamentösen Therapie finden sich dagegen häufiger. Dabei sind diejenigen, die nicht den Psychopharmaka zuzurechnen sind, in der Minderheit und sollten alle das Sexualverhalten regeln (1957, 1967, 1971). Dass Beiträge zu den Psychopharmaka zu den Themen gehören, die besonders häufig behandelt wurden, lag natürlich daran, dass es sich um ganz neue Wirkstoffe handelten, die für die Kinder- und Jugendpsychiatrie erst „entdeckt“ und getestet werden mussten. Ab dem Jahr 1962 beschäftigten sich bis 1975 mindestens 25 Beiträge mit diesem Komplex. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Themenbreite und -vertiefung, wenig verwunderlich, in vielen Fällen mit aktuellen Gegebenheiten und Erfordernissen zusammenhing. Gleich wohl fällt auf, dass mit Blick auf gesellschaftliche Diskussionen und Problemlagen, einige Themen fehlen, so beispielsweise eine Auseinandersetzung mit der Psychiatriekritik, die sich seit den beginnenden 1960er Jahren immer mehr Gehör verschaffte.

#### 4.5.3. Maria Nowak-Vogls Veröffentlichungen

Neben ihrer Dissertation zum Thema „Die Bedeutung der kurzfristigen Umweltsveränderung in der Erziehung“ (1951) und der Habilitation über „Eine Studie über die Gemeinschaftsunfähigkeit“ (1958) sowie einer kleinen Monographie mit dem Titel „Begabung fällt nicht vom Himmel: Wie man durch Erziehung Lücken füllt“ (1979) hat Maria (Nowak-)Vogl zwischen 1952 und 1997 mindestens 53 Aufsätze veröffentlicht.<sup>154</sup> Die Bandbreite deckt (heil)pädagogische, kinderpsychiatrische, medizinische, psychologische und psychotherapeutische Themen ab. Die Beiträge befassen sich mit Verhaltensauffälligkeiten („Linkshändigkeit und Stottern“, „hartnäckiges Leugnen“, „Sozial bedingte Verhaltensstörungen“, Erziehungsschwierigkeiten, Schulversagen/Lernschwächen, „Geschwätzigkeit und Wortkargheit“, „Gemeinschaftsunfähigkeit“, „Verwahrlosung“), mit Krankheitssymptomen („Neurotische Schlafstörungen“, „Hypersexualität“, Psychogene Kopfschmerzen, Hyperthyreosen, „Süchtigkeit“, Einnässen und Einkoten, Encephalitis,

---

<sup>154</sup> Ich bin Friedrich Stepanek für die Vervollständigung der Liste von Nowak-Vogls Veröffentlichungen zu großem Dank verpflichtet.

Schizophrenie, Pseudodemenz) und Therapien (Bettnässertherapie, Psychotherapie, Psychosomatik und Heilpädagogik, Lernspiele) und mit ihrer Arbeit auf der Kinderbeobachtungsstation. Dabei fällt auf – ohne hier auf die Qualität ihrer Arbeiten eingehen zu können<sup>155</sup> –, dass sie sich teilweise mit neuen Therapien (Beispiel Psychotherapie) und Problemen der Diagnostik (Beispiel Schizophrenie, Pseudodebilität) auseinandergesetzt hat. Ihre Veröffentlichungen zur Behandlung der sog. „Hypersexualität“, auf die an späterer Stelle noch eingegangen wird, haben keine (abgedruckten) Leserbriefe zur Folge gehabt. Eine Reaktion auf einen Artikel von ihr findet sich nur einmal, dabei handelt es sich um Ausführungen zur Pädagogik, genauer zum Lehrerberuf.<sup>156</sup> Die Bandbreite der Fachzeitschriften, in denen sie veröffentlicht hat, ist durchaus bemerkenswert.

---

<sup>155</sup> Dazu muss man festhalten, dass die meisten ihrer Arbeiten in bedeutenden Fachzeitschriften erschienen sind – Beispiel Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie –, d. h. sie mussten zeitgenössischen Qualitätsstandards entsprochen haben.

<sup>156</sup> Es handelte sich um ihren Beitrag „Das Janusgesicht der Pädagogik“, 1953 erschienen, zu dem 1954 in derselben Zeitschrift eine Replik erschien. Vgl. Wohlwend, Alfred: Erzieher oder Methodiker? Gedanken zum Aufsatz „Das Janusgesicht der Pädagogik“. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 3 (1954), S. 227-231.

## 5. Kinderbeobachtungsstation Innsbruck

An dieser Stelle soll es nur darum gehen, die wichtigsten zur Verfügung stehenden Eckdaten der Station kurz zusammenzufassen.

### *Vorgeschichte*

Der eigentlichen Gründung der Kinderbeobachtungsstation im Jahr 1954 gingen zwei Einrichtungen voraus.<sup>157</sup>

1. Im Mai 1947 wurde an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Neurologie eine Erziehungsberatungsstelle eröffnet. An dieser wurde später auch Maria (Nowak-)Vogl tätig. Die Erziehungsberatungsstelle zog 1954 mit der Ausgliederung der Kinderbeobachtungsstation aus dem Landeskrankenhaus als Erziehungsberatungs-Ambulanz mit in die Innsbrucker Sonnenstraße um.

2. Adele Juda (1888-1949), die ab April 1946 an der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik wirkte<sup>158</sup>, richtete ein kleines Kinderzimmer an der Frauenabteilung der Psychiatrischen Klinik ein. Nach ihrem Tod 1949 übernahm (Nowak-)Vogl die Station und baute sie in der Folgezeit zu einer Kinderbeobachtungsstation aus.

### *Übergeordnete Behörden der Station*

Bis 1954 war die Station Teil der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Innsbruck. Dann wurde sie auf Beschluss der Tiroler Landesregierung ausgegliedert. In der Villa in der Sonnenstraße, die 1954 bezogen wurde, agierte (Nowak-)Vogl als Leiterin ziemlich unabhängig, da sie der Kontrolle der Klinik entzogen war. Zugleich konnte sie deren technische und fachärztliche Kapazitäten im Rahmen von Konsiliaruntersuchungen nutzen. 1979 wurde die Station in die Innsbrucker Universitätsklinik für Psychiatrie eingegliedert und fiel damit in den Kontrollbereich der Universitätsklinik. Wer in der Zeit zwischen 1954 und 1979, als der offizielle Name der Station „Kinderstation des A. Ö. Landeskrankenhauses“ lautete, die Fachaufsicht über die Station führte, konnte die Medizin-Historische

---

<sup>157</sup> Zu den Anfängen der Kinderpsychiatrie in Innsbruck und der frühen Planung einer Kinderbeobachtungsstation 1941 durch Friedrich Stumpf liegt ein Aufsatz von Friedrich Stepanek vor, der im Rahmen der Projekte der Innsbrucker Kooperationspartnerinnen entstanden ist.

<sup>158</sup> Auch Adele Juda und ihr Anteil an der Begründung der Kinderpsychiatrie in Innsbruck wird in dem Beitrag von Friedrich Stepanek untersucht.

ExpertInnenkommission nicht eindeutig klären.<sup>159</sup> Jedenfalls hatte die Station in dieser Zeit eine „administrative Zwischenstellung zwischen Jugendwohlfahrt, Landeskrankenhaus und Universitätsklinik“, und Nowak-Vogl hatte die Position einer „Primaria“ der Station.<sup>160</sup> Mit der Eingliederung 1979 war ein zweiter Umzug der Station verbunden, der zur räumlichen Vergrößerung führte. Mit der Pensionierung von Nowak-Vogl im Jahr 1987 wurde die Station als solche aufgelöst.<sup>161</sup>

### *Größe und Ausstattung der Station*

Wie bekannt, sind die Krankenakten der Kinderbeobachtungsstation nahezu vollständig erhalten. Ganz anders sieht es mit dem Verwaltungsschriftgut die Station betreffend aus. Deshalb können im Folgenden nur einzelne Mosaikteile zusammengetragen werden, die lediglich ein ungefähres Bild der Station liefern.

Während (Nowak-)Vogl in einem Aufsatz von 1954 festhielt, dass die Bettenzahl „vor drei Jahren“ von vier auf sechs erhöhte wurde<sup>162</sup>, findet sich in einem Brief, den sie 1953 an das Tiroler Landesjugendamt schrieb, die Angabe, die Station habe „nur 7 Betten“<sup>163</sup>. In diesem Schreiben hielt sie zudem fest, dass sie „in dem meist schwach belegten Kinderzimmer der neurologischen Abteilung“ ebenfalls Kinder unterbringen könne. Diese schliefen nur nachts auf dieser Abteilung, seien tagsüber mit den anderen Kindern zusammen und würden von ihr ärztlich betreut.

In einer Veröffentlichung von 1961, also nach der Ausgliederung der Station, berichtete (Nowak-)Vogl von Raummangel für die mittlerweile 21 Kinder, die in zwei Buben- und eine Mädchengruppe eingeteilt waren. Jede Gruppe wurde von einer Erzieherin betreut. Die schulpflichtigen Kinder besuchten die stationseigene Schule mit zwei Klassen, die lange Zeit von (Nowak-)Vogls Schwester, Elisabeth Vogl, geleitet wurde, und die alle Schularten (sog. Hilfsschule bis Gymnasium) umfasste.

---

<sup>159</sup> Vgl. Ralser, Michaela: Die Kinderbeobachtungsstation (1954-1987) der Maria Nowak-Vogl und deren Stellung im Fürsorgeerziehungssystem des Landes Tirol. In: Bericht der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission: Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl. 11. November 2013, S. 28-40, hier S. 33, FN 61.

<sup>160</sup> Ralser: Die Kinderbeobachtungsstation (1954-1987) der Maria Nowak-Vogl, S. 33.

<sup>161</sup> Vgl. Ralser: Die Kinderbeobachtungsstation (1954-1987) der Maria Nowak-Vogl, S. 33.

<sup>162</sup> Vogl: Die Notwendigkeit der kinderpsychiatrischen Arbeit. In: Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde 9 (19654), Nr. 1-2, S. 29-32, hier S. 31.

<sup>163</sup> TLA-Zahl 2300.

Ein im Sommer 2015 schriftlich geführtes Interview mit einer ehemaligen Mitarbeiterin<sup>164</sup>, einer diplomierten Sozialarbeiterin, die von 1976 bis 1993 auf der Station tätig war, gibt umfassender Auskunft zu den räumlichen Bedingungen der dortigen Arbeit:

„Bis 1979 war die Kinderstation in einer Villa außerhalb des Klinikareals im Stadtteil Hötting untergebracht. Dort waren die Räumlichkeiten sehr beengt. Es gab pro Gruppe (die Kinder waren in Gruppen eingeteilt) nur einen Aufenthaltsraum, der abends zum Schlafraum mutierte, indem übereinandergestapelte Betten, welche untertags in einem Eck hinter einem Vorhang abgestellt waren, im Raum verteilt wurden. Zudem gab es 2 Klassenzimmer, je ein separates Arbeits- und Schlafzimmer für Prof. Maria N.-V. und Herrn Dr. Robert H. Der oder die 2. Ärztin hatte ein Arbeitszimmer und schlief bei Nachtdiensten im Arbeitszimmer von Dr. H. Es gab ein Sekretariat. Für die Kinder standen ein Speisesaal zur Verfügung, sowie ein eher kleiner Turnsaal. Eine Teeküche und diverse sanitäre Einrichtungen vervollständigten die Räumlichkeiten. Die Testpsychologin hatte eine winzige Kammer zur Verfügung, die übrigen Therapeutinnen arbeiteten in den während der Schulzeit leeren Aufenthaltsräumen oder in einem Krankenzimmer. Es gab ein eher kleines Erzieherzimmer, in welchem auch die Nachtaufsicht schlief.

Die Villa erstreckte sich über 3 Stockwerke (unten Speisesaal, Turnsaal, Mitte Aufenthaltsräume, Sekretariat, Büro Dr. N.-V. und oben Schule, Arbeits- und Schlafzimmer Dr. H und Zimmer des weiteren Arztes). [...]

1979 wurde die Kinderstation der Univ. Klinik für Psychiatrie unterstellt und im Juni/Juli wurde ins Klinikareal übersiedelt. Dort waren die räumlichen Gegebenheiten wesentlich großzügiger, es gab ein eigenes Stockwerk für den Aufenthalt untertags und ein eigenes Stockwerk mit Schlafräumen. Die Therapeutinnen hatten mehr Platz, ebenso die Ärzte, das Sekretariat, etc. [...]

Es gab 3 Gruppen: Eine Mädchengruppe mit 8 Personen von 6 bis ca. 16 Jahren und zwei Bubengruppen. Die „kleinen“ Buben im Alter von 6 bis ca. 10 oder 12 Jahren und die ‚großen‘ Buben von ca. 12 bis 16 Jahren. Prinzipiell wurden nur schulpflichtige Kinder aufgenommen.“

Das Erziehungspersonal verfügte in der Anfangszeit noch über keine einheitliche Ausbildung<sup>165</sup>, war aber wesentlich für die Arbeit mit den Kindern und ihrer Beobachtung, die in regelmäßigen Abständen protokolliert und wichtig für die Beurteilung wurde. Die Zusammenarbeit aller Mitarbeiterinnen schilderte (Nowak-)Vogl folgendermaßen: „In einer wöchentlichen vierstündigen Besprechung, an der alle Mitarbeiter, also auch die Lehrer,

---

<sup>164</sup> Die Vermittlung übernahm freundlicherweise Hartmann Hinterhuber. Ich schickte der Interviewpartnerin zur Vorbereitung eines telefonisch geplanten Interviews einen Fragebogen, den sie jedoch detailliert schriftlich beantwortete, so dass es nur noch einiger kurzer Nachfragen am Telefon bedurfte.

<sup>165</sup> Es wurde zwar bereits 1946 die Soziale Frauenschule der Diözese Innsbruck gegründet (ab 1976: Akademie für Sozialarbeit der Diözese Innsbruck), die einen zweijährigen Fürsorgerinnenkurs anbot, deren Absolventinnen reichten jedoch bis in die 1970er Jahre hinein nicht aus, um den Mangel an städtischen Fürsorgerinnen zu beheben. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Kinderbeobachtungsstation auch nur einen Teil der Absolventinnen gewinnen konnte. Vgl. Schreiber, Horst: Restitution von Würde: Kindheit und Gewalt in Heimen der Stadt Innsbruck. Innsbruck 2015. Zudem kann man nicht annehmen, dass in der Ausbildung der Heilpädagogik ein besonderer Stellenwert zugemessen wurde, da das spätere Aufgabenspektrum umfassender war. Die in den Krankenakten öfter genannten Praktikantinnen dürften auch von dieser Sozialen Frauenschule stammen.

teilnehmen, wird zusammenfassend jeweils über ein Kind berichtet, das Ergebnis interpretiert und der Therapieplan für die kommenden Tage vereinbart.“<sup>166</sup> Aus dem „Verlauf“ der Akten lassen sich immer wieder Bemerkungen zu solchen Besprechungen eruieren.

Auf die Frage, welche Berufe auf der Station vertreten waren, antwortete die Interviewpartnerin:

„Mediziner, Psychologen, Sozialarbeiter, Kindergärtnerinnen und Horterzieherinnen, Erzieherinnen, Personal, welches keine fachspezifische Ausbildung, aber Matura hatte, Psychologiestudentinnen und Hauspersonal zum Essenausteilen und Putzen ohne Qualifikation.“

Die Zusammenarbeit sah nach Angaben der Interviewpartnerin folgendermaßen aus:

„Da alle im Betreuungsbereich eingesetzten Personen als ‚Erzieherinnen‘ betitelt wurden, vor den Kindern und von den Kindern aber als ‚Schwester‘ angesprochen wurden (als Männer in die Betreuung kamen wurden sie generell als Herr XY... angesprochen) gab es im Alltag wenig Reibungspunkte bezüglich der interdisziplinären Zusammenarbeit. Sehr wohl spielte aber eine Rolle, ob jemand ‚stark‘ oder ‚schwach‘ war. Wenn jemand die Kinder nicht gut im Griff hatte, die nächste Erzieherin dann Probleme hatte, wurde hinter vorgehaltener Hand schon über die eine oder andere Kollegin geschimpft.“

Auch zu den Teambesprechungen, äußerte sich die Interviewpartnerin:

„Jeden Dienstagvormittag war von 8,00 Uhr bis 12,30 Uhr Erzieherbesprechung, an der alle Tagesbetreuungspersonen und alle Leitungspersonen, sowie Therapeuten teilnahmen. In der letzten Stunde kamen dann noch die Lehrpersonen dazu. Prof. N.-V. rief jedes Kind auf, es berichtete vor allem die Gruppenerzieherin, ergänzt durch die Springerinnen, die Therapeuten berichteten, eine Psychologin sprach über die Testergebnisse.“

In der Regel wurde ein Mal pro Woche über jedes einzelne Kind gesprochen, bei außergewöhnlichen Vorfällen konnte dies aber auch täglich in der Frühbesprechung geschehen. Die Berichterstattung bzw. Dokumentation war wie folgt geregelt:

„Die Gruppenerzieherin musste zur Erzieherbesprechung ein DIN A5 Blatt ausgefüllt mitbringen, vorne war anzukreuzen, wie versch. Verhaltensweisen des Kindes waren, auf der Rückseite erfolgte ein kurzer frei verfasster Bericht im Fließtext. Diese Berichte wurden in die Krankenakte gegeben.“

Die Einträge in den Krankenakten wurden in der Regel von Nowak-Vogl vorgenommen. Es finden sich hin und wieder aber auch Einträge von dem Betreuungspersonal. In den Anfangsjahren wurde mitunter die Familienanamnese auch von einer Sozialarbeiterin erhoben,

---

<sup>166</sup> Vogl: Die Kinderpsychiatrische Station des Innsbrucker Krankenhauses. In: Heilpädagogik, Beiblatt der Zeitschrift Erziehung und Unterricht (1961) 3, S. 38-40, hier S. 40.



wenn dazu die Familie an ihrem Wohnort aufgesucht werden musste, weil die Eltern nicht auf die Station kamen und Maria Nowak-Vogl selbst nicht dazu kam.

## 6. Quantitative Auswertung des Untersuchungssample

### 6.1. Untersuchungssample

Wie bekannt, umfasst das per Zufallszahlen gebildete Sample<sup>167</sup> rund zehn Prozent des Gesamtbestandes der Krankenakten (3.606 Akten<sup>168</sup>) bis einschließlich 1989 als Aufnahmejahr<sup>169</sup>, das heißt, es wurden 362 Akten ausgewertet.

Da die zeitlich erste Akte des Untersuchungssamples aus dem Jahr 1949 stammt, ergeben sich für den Untersuchungszeitraum vier Dekaden. Das Untersuchungssample verteilt sich wie folgt auf diese Jahrzehnte:

Tab. 3: Verteilung der Akten nach Aufnahmejahrzehnten und Geschlecht

Jahrzehnt	Jungen	davon mehrfach	Mädchen	davon mehrfach
1949-1959	68	11	40	4
1960-1969	73	12	49	4
1970-1979	58	2	26	2
1980-1989	27	6	21	3
Summe	226	31 (13,7 %)	136	13 (9,6 %)

Quelle: Eigene Berechnungen

Auf die quantitativen Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen wird im anschließenden Kapitel genauer eingegangen. Hier sollen kurz die Mehrfachaufnahmen betrachtet werden. Diese wurden erhoben und ausgezählt. In der Regel waren dies zwei, es gab vereinzelt aber auch mehr als zwei Aufnahmen. Für beide Geschlechter zusammen lag diese Quote bei rund 12,2 Prozent, wobei, wie man sieht, deutlich mehr Jungen erneut auf die Station kamen als Mädchen.

Nun soll ein Blick auf die Verteilung der Aufnahmen beider Geschlechter nach Dekaden gerichtet werden, und zwar sowohl für das Untersuchungssample wie für den Gesamtbestand.

---

<sup>167</sup> Vgl. zur Repräsentativität des Samples vgl. Buchholz, Matthias: Archivalische Überlieferungsbildung im Spiegel von Bewertungsdiskussion und Repräsentativität. 2., überarb. Aufl. Köln 2011, S. 278ff.

<sup>168</sup> Der Gesamtbestand der Krankenakten umfasst 3.654 Akten und reicht bis ins Aufnahmejahr 1994. Davon sind laut Liste des Tiroler Landesarchivs drei Akten nicht vorhanden – tatsächlich sind es mehr. 45 Akten von Patientinnen und Patienten, die zwischen 1990 und 1994 auf die Station aufgenommen wurden, sind bei meiner Samplebildung nicht berücksichtigt, weil die Jahre ab 1990 außerhalb des Untersuchungszeitraumes liegen.

<sup>169</sup> Nowak-Vogl leitete die Station zwar nur bis 1987, dennoch wurde erst bei dem Aufnahmejahr 1989 ein Schnitt gemacht, um vier volle Jahrzehnte auswerten zu können.

Tab. 4: Verteilung der Akten nach Aufnahmejahrzehnten des Untersuchungssample und des Gesamtbestandes

<b>Dekade</b>	<b>Aufnahmen im Sample</b>	<b>Aufnahmen im Gesamtbestand</b>
1949-1959	108	1008
1960-1969	122	1109
1970-1979	84	1011
1980-1989	48	475
Summe	362	3.606

Quelle: Eigene Berechnungen

Größere Abweichungen liegen für die Jahrzehnte 1960-1969 und 1970-1979 vor.<sup>170</sup> Allerdings scheinen diese Abweichungen für die Fragestellung des Projektes nicht relevant.

Davon abgesehen wird deutlich, dass in der letzten untersuchten Dekade die Zahl der Aufnahmen insgesamt rapide zurückging. Das weist darauf hin, dass es in bzw. ab diesem Zeitraum mehr institutionelle und therapeutische Alternativen zu einer Einweisung auf die Station gab.

## **6.2. Personendaten**

Im Fokus der Auswertung der personenbezogenen Angaben stehen die Verteilung der Geschlechter und der Alterskohorten sowie das durchschnittliche Alter der Kinder und Jugendlichen bei der Aufnahme im Laufe der Jahrzehnte. Darüber hinaus wurden die familiäre Situation und soziale Zuordnung der Herkunfts- bzw. Pflege/Adoptiveltern der Kinder und Jugendlichen erhoben.<sup>171</sup>

### **6.2.1. Verteilung der Kinder und Jugendlichen nach Geschlecht**

Das Untersuchungssample setzt sich aus 62,4 % Jungen und 37,6 % Mädchen zusammen. Beim Gesamtbestand der Patientinnen und Patienten der Kinderbeobachtungsstation bis zum Jahr 1989 lag die Verteilung bei 62,9 Prozent Jungen und 37,1 Prozent Mädchen. Das heißt, im Untersuchungssample unterliegen die Jungen leicht mit 0,5 Prozentpunkten. Dass die männlichen Patienten deutlich überwiegen, war bei allen Beobachtungsstationen, die sich dazu geäußert haben, der Fall. So kamen beispielsweise 1953 in die Beobachtungsabteilung der Klinik in Essen 230 Kinder zur stationären Aufnahme, von denen 76 Mädchen (33 Prozent),

<sup>170</sup> Das könnte auf die Nachteile einer Samplebildung nach Zufallszahlen hinweisen.

<sup>171</sup> Die Anregung hierzu ging von Prof. Marksteiner aus, die ich gerne aufgenommen habe.

154 Jungen (rund 67 Prozent) waren<sup>172</sup>, 1961 befanden sich auf der kinderpsychiatrischen Abteilung der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität Heidelberg rund 69 Prozent Jungen und 31 Prozent Mädchen<sup>173</sup>.

#### 6.2.2. Alter bei Aufnahme zwischen 1949 und 1989

Bei der Bildung der Alterskohorten habe ich mich aus Gründen der Vergleichbarkeit an dem Schema orientiert, das die Innsbrucker Kolleginnen zugrunde gelegt haben.

Zunächst interessiert die Verteilung der Alterskohorten nach Geschlecht:

Tab. 5: Verteilung der Alterskohorten nach Geschlecht zwischen 1949 und 1989

<b>Alterskohorte</b>	<b>Jungen</b>	<b>Mädchen</b>
1-6 Jahre	12 (5,3 %)	2 (1,5 %)
7-11 Jahre	121 (53,5 %)	63 (46,3 %)
12-15 Jahre	87 (38,5 %)	64 (47,1 %)
16 Jahre und älter	6 (2,7 %)	7 (5,1 %)
Summe	226	136

Quelle: Eigene Berechnungen

Man sieht, dass prozentual mehr Jungen in jungem und jüngerem Alter aufgenommen wurden als Mädchen. Die Jungen überwiegen in den Alterskohorten 1-6 und 7-11 Jahre, die Mädchen in den beiden letzten Kohorten. Das könnte darauf hinweisen, dass man den Jungen schon in jüngerem Alter den durchaus auch längeren Aufenthalt auf einer klinischen Station „zumutete“ bzw. dass sie schon in frühen Altersphasen als so problemhaft wahrgenommen wurden, dass eine Abklärung nötig schien. Dass die Mädchen in den letzten beiden Kohorten prozentual überwogen, mag auch mit dem Eintreten der Menstruation zusammenhängen, die durch ungewollte Schwangerschaften beispielsweise als Zeit der Gefährdung junger Frauen galt, sowie damit, dass bei ihnen die Sexualität stärker ins Visier geriet als bei gleichaltrigen Jungen.

Aufschlussreich ist auch der Blick auf das durchschnittliche Alter im Lauf der Jahrzehnte:

<sup>172</sup> Vgl. Bleckmann: Über die Arbeit einer klinischen Beobachtungsabteilung, S. 9.

<sup>173</sup> Vgl. Müller-Küppers: Aufbau, Funktion, S. 169.

Tab. 6: Durchschnittsalter gesamt und nach Geschlecht im Lauf der Jahrzehnte

<b>Zeitraum</b>	<b>Durchschnittsalter gesamt in Jahren</b>	<b>Durchschnittsalter Jungen in Jahren</b>	<b>Durchschnittsalter Mädchen in Jahren</b>
1949-1959	10,6	10,4	11
1960-1969	10,8	10,3	11,7
1970-1979	11,1	10,8	11,6
1980-1989	13,4	12,8	14,2

Quelle: Eigene Berechnungen

Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt der Aufnahme auf die Station stieg insgesamt langsam mit einem auffallenden Sprung in der letzten Dekade, in der die Kinder im Durchschnitt über zwei Jahre älter waren als im Jahrzehnt zuvor. In diesem Jahrzehnt war dies auch bei den Jungen der Fall. Das weist auf die bereits genannten Alternativen zum Aufenthalt auf der Station und eine gestiegene Berücksichtigung der Bedürfnisse (auch) von Jungen hin. Ansonsten lag das Durchschnittsalter der Jungen aber weiterhin immer unter dem der Mädchen.

### 6.2.3. Familiäre Situation und soziale Zuordnung der Herkunfts- bzw. Pflege/Adoptiveltern

#### Familiäre Situation

In die Untersuchung der familiären Situation der Kinder und Jugendlichen wurden Pflege- und Adoptiveltern mit einbezogen sowie das Vorhandensein von Geschwistern und die Frage, ob diese ebenfalls auffällig geworden waren.

Tab. 7: Familiäre Situation der Kinder und Jugendlichen

<b>Familienstatus</b>	<b>Anteil</b>
zwei Elternteile <sup>174</sup>	65,5 %
nur ein Elternteil	13,9 %
uneheliche Geburt	17,3 %
Pflegeltern	17,8 %
davon Verwandte	26,6%
Adoptiveltern	1,9 %
Waise	0,6 %
Halbwaise	2,8 %
Keine Angabe	0,3 %

Quelle: Eigene Berechnungen

<sup>174</sup> Darunter wurden auch Stiefväter bzw. Stiefmütter subsumiert.

Wie man sieht, hatte die absolute Mehrheit, nämlich durchschnittlich 65,5 Prozent der Kinder und Jugendlichen, zwei Elternteile, auch wenn dies zum Teil Stiefväter oder – seltener – Stiefmütter waren. An zweiter Stelle stehen Pflegeeltern (durchschnittlich 17,8 Prozent), gefolgt von Alleinerziehenden (durchschnittlich 13,9 %), diese bis auf wenige Ausnahmen Mütter. Der Anteil der unehelich geborenen Kinder und Jugendlichen lag mit durchschnittlich 17,3 Prozent deutlich unter einem Fünftel des Untersuchungssamples. Österreichweit betrug der Prozentsatz außerehelich Geborener zwischen 1961 und 1989 zwischen rund 12 und 24 Prozent.<sup>175</sup> Das weist nicht überzeugend darauf hin, dass Kinder von Alleinerziehenden überproportional häufig auf die Station kamen bzw. gebracht wurden.

### Geschwister

Da in den Akten immer wieder mal Bezug auf Geschwister der Patientinnen und Patienten genommen wird, soll auch dieser Familienbezug kurz quantifiziert werden, zumal dies in die Familienanamnese einfluss.

Tab. 8: Vorhandensein von Geschwistern und Anteil ihrer dokumentierten Auffälligkeiten

Geschwister	65,7 %
davon auch auffällig	11,4 %

Quelle: Eigene Berechnungen

Dass zwischen 1949 und 1989 die absolute Mehrheit der Kinder und Jugendlichen der Kinderbeobachtungsstation ein oder mehrere Geschwister hatte, überrascht nicht. Von diesen Geschwistern waren etwas mehr als zehn Prozent schon einmal auffällig geworden. Dieser quantitative Befund muss vor dem Hintergrund, dass es sich hierbei um viele Fälle von Enuresis handelte, relativiert werden.

<sup>175</sup> Vgl. [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Abbildung\\_6\\_Anteil\\_au%C3%9Ferehelich\\_geborener\\_Kinder\\_in\\_%C3%96sterreich.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Abbildung_6_Anteil_au%C3%9Ferehelich_geborener_Kinder_in_%C3%96sterreich.png), zuletzt aufgerufen am 4.7.2016. In der Zwischenkriegszeit lag der Höchststand der außerehelichen Geburten in Österreich 1932 bei 27,2 Prozent. Vgl. Exner, Gudrun; Kytir, Josef; Pinwinkler, Alexander: Bevölkerungswissenschaft in Österreich in der Zwischenkriegszeit (1918-1938). Wien; Köln; Weimar 2004, S. 285.

[https://books.google.de/books?id=c\\_q3rKy7ckoC&pg=PA192&lpg=PA192&dq=bev%C3%B6lkerungswissenschaft+in+%C3%B6sterreich&source=bl&ots=1BCAQuwaqU&sig=w\\_qpykD589cHadDpQjVIELYdb0k&hl=de&sa=X&ved=0ahUKEwjTwNTMtPzNAhUEuxQKHdr3DXAQ6AEIKzAD#v=onepage&q=bev%C3%B6lkerungswissenschaft%20in%20%C3%B6sterreich&f=false](https://books.google.de/books?id=c_q3rKy7ckoC&pg=PA192&lpg=PA192&dq=bev%C3%B6lkerungswissenschaft+in+%C3%B6sterreich&source=bl&ots=1BCAQuwaqU&sig=w_qpykD589cHadDpQjVIELYdb0k&hl=de&sa=X&ved=0ahUKEwjTwNTMtPzNAhUEuxQKHdr3DXAQ6AEIKzAD#v=onepage&q=bev%C3%B6lkerungswissenschaft%20in%20%C3%B6sterreich&f=false), zuletzt aufgerufen am 4.7.2016.

### Soziale Zuordnung der Herkunfts- bzw. Pflege/Adoptiveltern<sup>176</sup>

Eine soziale Kategorisierung der Kinderpatientinnen und -patienten ist schwierig, soll dennoch versucht werden, um zumindest zu einer groben Charakterisierung der Klientel der Beobachtungsstation zu kommen. Ich habe mich dabei an dem Schema orientiert, das von Thomas Beddies und Andrea Dörries für die Patienten und Patientinnen der Wittenauer Heilstätten in Berlin zwischen 1919 und 1960 zugrunde gelegt wurde, weil dies für eine grobe Zuordnung geeignet schien.<sup>177</sup> Der soziale Status kann mangels anderer Angaben noch am ehesten durch die Tätigkeit oder den Beruf der Eltern ungefähr bestimmt werden.

Tab. 9: Berufe bzw. Tätigkeiten der Herkunfts-, Pflege oder Adoptiveltern<sup>178</sup>

<b>Tätigkeit/Beruf</b>	<b>absolute Zahlen</b>
arbeitslos/nicht berufstätig	9
arbeitsunfähig	0
ungelernt	52
Rentner/Pensionär	23
Landarbeiter/Magd	0
Arbeiter	35
Handwerker	54
kleine Angestellte/untere Beamte	47
Kleinbauern	12
Kaufleute	10
Wirte/Meister	13
mittlere Beamte und Angestellte	22
Vollbauern	7
mittlere Unternehmer	4
gehobene Beamte und Angestellte	25
Akademiker-Oberschicht	8
Hausfrau	11
keine Angabe	30
<b>Summe</b>	<b>362</b>

Quelle: Eigene Berechnungen.

Wenn es um die Frage einer ungefähren sozialen Zuordnung geht, ist es sinnvoll, drei Gruppen zu bilden:

---

<sup>176</sup> Im Folgenden wird der Einfachheit halber nur von Eltern gesprochen.

<sup>177</sup> Vgl. Beddies/Dörries: Die Patienten der Wittenauer Heilstätten, S. 329.

<sup>178</sup> In der Regel wurde hier der Beruf des Vaters ermittelt, nur wenn die Mutter alleinstehend war, wurde ihre Tätigkeit aufgenommen.

1. Unterschicht (arbeitslos, arbeitsunfähig, ungelernt, Landarbeiter/Magd, Arbeiter, Kleinbauern). Hierzu können 108 Eltern gerechnet werden.
2. Mittelschicht (Handwerker, kleine Angestellte/Beamte, Kaufleute, Wirte/Meister, mittlere Beamte/Angestellte, Vollbauern). Hierzu kann man 153 Eltern(teile) zählen.
3. Oberschicht (mittlere Unternehmer, gehobene Beamte/Angestellte, Akademiker). Hierunter werden 37 Eltern(teile) subsumiert.

Nicht zugeordnet werden können Hausfrauen, Rentner/Pensionäre und keine Angabe, das war in 64 Fällen so.

Aus diesen Zahlenangaben geht zumindest hervor, dass die Kinder und Jugendlichen der Kinderbeobachtungsstation nicht mehrheitlich den Unterschichten zugeordnet werden können.

Insgesamt weisen die in diesem Unterkapitel erhobenen Daten auf eine stärkere soziale Durchmischung der Familien der Kinder und Jugendlichen der Beobachtungsstation hin, als gemeinhin angenommen wird.

### **6.3. Daten rund um den Aufenthalt**

Hier interessieren zum einen die Aufenthaltsdauern unterteilt in verschiedenen lange Zeiträume sowie die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Lauf der Jahrzehnte insgesamt.

Zum anderen kommen die Akteure in den Fokus, die hinter der Zuweisung auf die Station standen, und – ebenfalls einer Anregung Prof. Marksteiners folgend – die Kostenträger. Darüber hinaus gehören der Ort, von dem aus die Kinder und Jugendlichen aufgenommen wurden, und derjenige, an den sie entlassen wurden, dazu. Im Blickfeld stehen zudem die Abweichungen zwischen Unterbringungsempfehlung und tatsächlichem Entlassungsort sowie diejenigen zwischen Aufnahme- und Entlassungsort.

#### **6.3.1. Aufenthaltsdauer**

Hier habe ich mich ebenfalls an die Zeitabschnitte der Innsbrucker Kolleginnen orientiert, allerdings wurde eine weitere Kategorie von unter sieben Tagen eingeführt, weil man für diese kurzen Zeiträume nicht von einer eigentlichen Beobachtung, Behandlung und/oder Begutachtung ausgehen kann. Bei der Aufnahme dieser Daten wurde jeweils nur die Erstaufnahme berücksichtigt.



Tab. 10: Verteilung der Aufenthaltsdauer zwischen 1949 und 1989 nach festgelegten Zeiträumen

<b>Zeitraum</b>	<b>absolute Zahl</b>	<b>Prozent</b>
unter 7 Tage	17	4,7
7-21 Tage	46	12,7
22-56 Tage	129	35,6
57-112 Tage	148	40,9
mehr als 113 Tage	22	6,1
Summe	362	100

Quelle: Eigene Berechnungen

Wie man sieht, waren die meisten Kinder zwischen 57 und 112 Tagen auf der Station, gefolgt von denen, die zwischen drei und acht Wochen dort waren. Relativ kurz, bis zu drei Wochen, wurden rund 17 Prozent der Kinder aufgenommen. Die extrem langen Aufenthaltszeiten von über 16 Wochen hingen mit der Schwere der Erkrankung zusammen, bei der immer noch Aussicht auf Besserung bzw. keine alternative Unterbringungsmöglichkeit bestand.

(Nowak-)Vogl hat in einer Veröffentlichung aus dem Jahr 1954 von einer Aufenthaltsdauer zwischen einem und drei Monaten gesprochen, die nicht nur der Beobachtung dienen sollte, sondern auch der Hilfe.<sup>179</sup> 1961 sprach sie in einer weiteren Veröffentlichung von „wenigen Wochen bis wenigen Monaten“.<sup>180</sup> Die beiden häufigsten Zeiträume korrelieren also mit der zeitlichen Planung. In der bereits genannten Heidelberger Universitätseinrichtung waren die Kinder und Jugendlichen 1961 ca. sechs bis acht Wochen auf der Station, allerdings waren auch dort „therapeutische Verlängerungen bis zu mehreren Monaten“ möglich.<sup>181</sup>

Da die Unterschiede zwischen den Geschlechtern hier nicht auffallend variieren, wurde auf eine tabellarische Übersicht verzichtet.

Zuletzt soll noch ein Blick auf die Entwicklung der durchschnittlichen Dauer der Aufenthalte im Lauf der Jahrzehnte gerichtet werden.

<sup>179</sup> Vogl, Maria: Ueber die moderne Kinderpsychiatrie. In: Medizinische Klinik 49 (1954), S. 995-998, Sonderdruck, S. 1-10, hier S. 8.

<sup>180</sup> Vogl, Maria: Die Kinderpsychiatrische Station des Innsbrucker Krankenhauses. In: Heilpädagogik Heft 3 (1961), S. 38-40, hier S. 40.

<sup>181</sup> Müller-Küppers: Aufbau, Funktion, S. 167.

Tab. 11: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Verlauf der Jahrzehnte gesamt

<b>Zeitraum</b>	<b>Durchschnitt</b>
1949-1959	42,2 Tage
1960-1969	56,1 Tage
1970-1979	72 Tage
1980-1989	74,3 Tage

Quelle: Eigene Berechnungen

Die relativ niedrige Durchschnittsaufenthaltsdauer in der ersten Dekade hängt sicher mit dem Platzmangel bzw. den Wartelisten für die Station zusammen. Die durchschnittliche Dauer des Aufenthaltes steigt für alle Kinder in den beiden mittleren Jahrzehnten stark an, die Zunahme im letzten Jahrzehnt der Untersuchung ist dagegen mit 2,3 Tagen gering. Das weist darauf hin, dass sich das Wachstum langer stationärer Aufenthalte seinem Ende näherte.

### 6.3.2. Initiator der Zuweisung und Kostenträger

Bei der Frage nach den Initiatoren der Zuweisung waren nicht die einweisenden Ärzte oder überweisenden Kliniken von Interesse, sondern die Akteure, die hinter der Zu- oder Überweisung standen, die also das größte Interesse an der Aufnahme der Kinder auf die Station hatten bzw. sehr dafür plädierten. Folgende Gruppen konnten als Initiatoren der Zuweisung aus den Krankenakten eruiert werden:

Tab. 12: Initiatoren der Zuweisung auf die Station zwischen 1949 und 1989

<b>Initiator</b>	<b>absolute Zahl</b>	<b>prozentualer Anteil</b>
Eltern	196	54,1
davon Haus-/Nervenärzte	34	
davon Schule	14	
davon Krankenhaus	20	
davon andere <sup>182</sup>	7	
Jugendamt/Gericht	97	26,8
Heime	39	10,8
Pflegeeltern	28	7,7
Adoptiveltern	2	0,6
Summe	362	100

Quelle: Eigene Berechnungen

<sup>182</sup> Dazu gehören: Psychologische Dienste, Erziehungsberatungsstellen, Lehr- und Kolpingheime, Tageseinrichtungen für Kinder.

Die Eltern machten mit 54,1 Prozent die absolute Mehrheit aus. Diese wurden nach der Institution differenziert, die den Eltern den Rat gab, die Kinder auf die Station zu geben. Darunter wurden auch die Krankenhäuser subsumiert, weil die Eltern hier ebenfalls mit der Überweisung einverstanden sein mussten.

An zweiter Stelle stehen die Ämter und Behörden mit 26,8 Prozent. Hier wurden die verschiedenen Heimeinrichtungen (Erziehungsheime, Waisenheime, Hilfsschulheime) und die Pflegeeltern nicht mit eingerechnet, obwohl normalerweise die formale Anfrage vom Jugendamt erfolgte; denn die eigentliche Initiative ging von dem betreffenden Heim oder den Pflegeeltern aus.

Die Beantwortung der Frage nach den Kostenträgern zeigt vor allem, wie die Aufenthalte auf der Station finanziert wurden, gibt aber auch Hinweise auf die soziale Absicherung der Ursprungs-, Adoptiv- und Pflegeeltern der Kinder und Jugendlichen.

Wie die folgende Tabelle zeigt, übernahmen von den 362 Patientinnen und Patienten der Kinderbeobachtungsstation zum größten Teil diverse Krankenkassen (Gebietskrankenkassen, Landwirtschaftliche Kassen, Eisenbahner Kassen und Betriebskrankenkassen sowie Bundeskassen für Bahn- und Postbeamte) die Kosten des Aufenthalts, auch bei den meisten Kindern und Jugendlichen aus Deutschland und Italien.

Tab. 13: Kostenträger des Aufenthalts auf der Kinderbeobachtungsstation 1949 bis 1989

<b>Kostenträger</b>	<b>absolute Zahl</b>	<b>prozentualer Anteil</b>
Krankenkassen	292	80,6
private Krankenversicherung	22	6,1
keine Angabe	22	6,1
Ämter	14	3,9
keiner Krankenkassen angehörig	8	2,2
Selbstzahler	4	1,1

Quelle: Eigene Berechnungen

Bei mindestens 14 Kindern und Jugendlichen (3,9 Prozent) mussten die Kosten von Ämtern übernommen werden (Bezirksamt, Jugendamt, Fürsorgeamt, Sozialamt, Bezirksgericht). Wer diese bei den 22 Kindern und Jugendlichen (6,1 Prozent), bei denen die Angabe des Kostenträgers fehlt, übernommen hat, ist genauso unbekannt wie in den Fällen, in denen

dokumentiert wurde, dass sie keiner Krankenkasse angehörten. Insgesamt lässt sich dennoch festhalten, dass die Gruppe derer, bei denen Ämter einspringen mussten, ziemlich klein ist, bei der übergroßen Mehrheit traten Krankenkassen in die Pflicht. Wenn die Ämter für die Kosten aufkommen mussten, hatte dies sehr oft besonders kurze Aufenthaltsdauern zur Folge, worauf in den betreffenden Fällen direkt Bezug genommen wurde.

### 6.3.3. Letzter Aufenthaltsort vor Aufnahme

Wichtig erschien auch die Frage, wo die Kinder untergebracht waren, bevor sie auf die Station kamen. Als letzter Aufenthalt vor der Aufnahme konnten folgende Orte aus den Akten eruiert werden:

Tab. 14: Aufenthalt der Kinder vor Aufnahme auf die Station zwischen 1949 und 1989

<b>Aufenthaltsort</b>	<b>absolute Zahl</b>	<b>prozentuale Verteilung</b>
Eltern bzw. Mutter	241	66,6 %
Großeltern	8	2,2 %
Tante/Onkel	4	1,1 %
Pflegeltern	43	11,9 %
Heim	49	13,5 %
Adoptiveltern	3	0,8 %
andere <sup>183</sup>	14	3,9 %
<b>Gesamt</b>	<b>362</b>	

Quelle: Eigene Berechnungen

Hier ist die Gruppe derer, die von zuhause aus auf die Station kamen, mit zwei Dritteln die größte; nimmt man die übrigen Verwandten dazu, sind es fast 70 Prozent. Mit großem Abstand folgen Heime mit 13,5 Prozent und Pflegeeltern mit 11,9 Prozent. An dieser Stelle ergibt sich die Frage, wohin die Kinder nach dem Aufenthalt auf der Station kamen.

### 6.3.4. Entlassungsorte

Die Zuordnung erfolgte nach dem Ort, an den die Kinder und Jugendlichen nach der Entlassung gebracht wurden, auch wenn verabredet war, dass sich die Eltern um eine konkret genannte andere Möglichkeit kümmern sollten oder wollten. Denn aus einzelnen Nachträgen kann ersehen werden, dass dieser Empfehlung oder diesem Vorhaben nicht immer gefolgt wurde.

<sup>183</sup> Dazu gehörten Kinderdorf, Internat, Lehr- bzw. Arbeitsplatz mit Unterbringung, Kolpingheim, Pflegeheim.

Tab.15: Verbleib der Kinder nach der Entlassung aus der Station zwischen 1949 und 1989

<b>Orte nach dem Verlassen der Station</b>	<b>absolute Zahl</b>	<b>prozentuale Verteilung</b>
Eltern	208	57,4 %
Großeltern	9	2,5 %
Onkel/Tante	4	1,1 %
Pflegeltern	33	9,1 %
Heim	73	20,2 %
Adoptiveltern	2	0,6 %
Abgang	7	1,9 %
andere	24	6,6 %
nicht bekannt	2	0,6 %
gesamt	362	

Quelle: Eigene Berechnungen

Die Kinder und Jugendlichen wurden in der absoluten Mehrheit der Fälle (57,4 Prozent) nach Hause entlassen, gefolgt von den Heimen mit 20,2 Prozent, an dritter Stelle stehen die Pflegeltern mit 9,1 Prozent. Im Vergleich mit Tabelle 14, Aufenthaltsort vor der Aufnahme auf der Station, sieht man, dass vor allem die Heime zugelegt haben, während der Rückgang bei den Eltern am stärksten war. Das heißt, knapp zehn Prozent der Kinder kamen nicht mehr zu den Eltern zurück. Das lag meist im Interesse der Eltern, die sich mit der Erziehung des betreffenden Kindes überfordert fühlten oder sich nicht für den Fortgang ihres Kindes interessierten. Eine „Überstellung“ von der Station aus in ein Erziehungsheim gegen den Willen der Eltern oder Erziehungsberechtigten erfolgte nur sehr selten. Häufiger finden sich in den Akten Hinweise auf den Widerstand von Eltern gegen den amtlichen Beschluss über Fürsorgeerziehung schon vor dem Aufenthalt auf der Station. Je weiter die Zeit voranschritt, umso mehr nahmen Aussagen von Jugendamtsvertretern zu, die darauf hinwiesen, dass man sich nicht ohne weiteres gegen die Wünsche der Eltern stellen wolle. Die Zunahme des Entlassungsorts Heim soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auch einzelne Fälle gab, in denen Kinder nicht mehr ins Heim zurückkamen, weil Maria Nowak-Vogl zu dem Schluss gekommen war, dass den betreffenden Kindern die Gemeinschaftserziehung nicht gut tat, oder weil sich Familienmitglieder fanden, die bereit waren, das Kind zu nehmen.

Die Abgänge seitens der Patientinnen und Patienten sind übrigens ein Phänomen, das erst im letzten Drittel des Untersuchungssamples auftaucht.

### 6.3.5. Abweichungen

#### *6.3.5.1. Abweichungen zwischen der Unterbringungsempfehlung von Maria Nowak-Vogl und tatsächlicher Unterbringung*

Insgesamt wurde im untersuchten Sample der expliziten und begründeten Empfehlung über den geeigneten zukünftigen Aufenthaltsort des Kindes von Maria Nowak-Vogl in 13 Fällen nicht gefolgt, das waren 3,6 Prozent. Diese Fälle verteilten sich folgendermaßen: 10 mal wurde der Heimempfehlung, 2 mal der Empfehlung, das Kind zu Pflegeeltern zu geben, und 1 mal, es an „andere Orte“ zu geben, nicht entsprochen. In der Regel waren es die Familienangehörigen, die hier eigene Wege beschritten, in zwei Fällen kam das Jugendamt zu einer anderen Entscheidung.

#### *6.3.5.2. Abweichung zu vorherigem Aufenthalt*

Diese Abweichungen ergeben sich bereits aus dem Vergleich zwischen Tabelle 14 und 15. In 80 Fällen kam es zu Abweichungen zwischen dem vorherigen Aufenthalt und dem Entlassungsort. Das sind 22,1 Prozent, also ein starkes Fünftel des Samples. Das Gros der Abweichungen findet sich in einem Transfer in ein Erziehungsheim oder Heim, meistens von der Ursprungsfamilie, seltener von der Pflegefamilie. Es gab aber auch Fälle, in denen es zu einem Übergang von einem Heim auf einen Pflegeplatz oder zu den Großeltern kam, nämlich dann, wenn, wie bereits erwähnt, „Gruppenerziehung“ den betreffenden Kinder nicht gut tat. Daneben gab es vereinzelt Fälle der Rückkehr in die Familie bzw. zur Mutter nach einem nicht tauglichen Pflegeplatz, außerdem kam es zu Wechseln in einen anderen Heimtypus (z. B. mit Sonderschulzweig).

## 7. Diagnosen

Die Untersuchung der Diagnosen des Krankenaktensamples weist ein paar Besonderheiten auf, die hier kurz zusammengefasst werden sollen:

1. Im Untersuchungssample finden sich nur in 118 Fällen (32,6 Prozent) auf dem Deckblatt der Krankenakte eine oder mehrere hand- bzw. maschinenschriftliche Diagnosen.<sup>184</sup> Bei den 244 Akten (67,4 Prozent), die keine Diagnose auf dem Deckblatt haben,<sup>185</sup> wurden aus den Akten die sog. „Vorläufige Beurteilung“ und die sog. „Abschließende Beurteilung“ herangezogen.<sup>186</sup> Der Abgleich zwischen der Diagnose des Deckblatts und der vorläufigen und abschließenden Beurteilung weist darauf hin, dass die „Deckblatt-Diagnose“ zum Schluss auf die Akte geschrieben wurde.<sup>187</sup>
2. Es wurde versucht, die Vielzahl der Nennungen in ein Schema zu bringen, um die Übersicht zu erleichtern. Dabei habe ich mich an der Unterteilung orientiert, die sich in der 1979 von Helmut Remschmidt herausgegebenen kompakten Einführung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie findet.<sup>188</sup> Die Zuordnung wurde bei fehlender

---

<sup>184</sup> Von diesen waren sechs nicht lesbar. Dabei handelt es sich um unterschiedliche Handschriften, die von Ausnahmen abgesehen, nicht zugeordnet werden können.

<sup>185</sup> Bei 275 Akten (76 Prozent) finden sich auf dem Deckblatt Diagnose-Abkürzungen aus Groß- und Kleinbuchstaben, für die keine zeitgenössische Auflösung vorliegt. Da bei diesen Akten sehr oft die Angabe der Diagnose auf dem Deckblatt fehlt und für 24 Prozent des Samples überhaupt die Diagnose-Abkürzung fehlt, wurden die Kürzel nicht ausgewertet. Stattdessen wurde, wie erwähnt, auf die vorläufigen und abschließenden Beurteilungen in den Akten zurückgegriffen.

<sup>186</sup> Bei den Akten aus den 1980er Jahren hat sich das Schema teilweise geändert, da heißt dann beispielsweise die frühere abschließende Beurteilung „Zusammenfassung“. Gab es die Kategorie „Vorläufige Beurteilung“ nicht mehr, wurde nach dem Einweisungsgrund geschaut.

<sup>187</sup> Die „Deckblatt-Diagnose“ beschränkte sich in einigen Fällen nicht auf eine Nennung; Mehrfachnennungen traten aber wesentlich gehäuft in den vorläufigen und abschließenden Beurteilungen auf.

<sup>188</sup> Remschmidt, Helmut (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Praktische Einführung für Krankenpflege-, pädagogische und soziale Berufe. Stuttgart 1979, Kap. 3.

Eine Alternative wäre die Übernahme des Schemas gewesen, das sich auf den in vielen Krankenakten befindlichen EKAHA-Flächenlochkarten findet. Da jedoch nicht bekannt ist, ob diese Lochkartengestaltung auf (Nowak-)Vogl zurückging oder vorgegeben war, wurde dieses Schema nicht zugrunde gelegt. Überhaupt war es nicht möglich, diesen Lochkarten auf den Grund zu gehen. Es fand sich nur für das Jahr 1965 ein Hinweis für die Existenz dieser Lochkarten, man muss jedoch davon ausgehen, dass das nicht das früheste Jahr der Existenz dieser Karten gewesen ist. Die Einteilung dieser Lochkarten folgt einer anderen Logik als derjenigen in den zeitgenössischen Fachbüchern, zudem wurden diese Felder nicht gelocht, d. h. markiert. Abgefragt wurde die Symptomatik, unterteilt in Gruppen A: Psychosomatische Erkrankungen, Psychosomatische Symptome, Enuresis, Sexuelles Verhalten, Hirnorganische Beteiligung; Gruppen B: Abnormes Verhalten, Ehrlichkeit, Wahrhaftigkeit; Gruppen C: Allgemeines soziales Verhalten, in der Gruppe, zu Erwachsenen, Verhalten auf Frustrationen, Fluchtendenzen, Spiel, Leistungsverhalten, Leistungssteigerung und Mitarbeit.

„Deckblatt-Diagnose“ und anderer Ausdrucksweise bzw. Bezeichnung<sup>189</sup> von mir vorgenommen.

3. Es wurden nur die Diagnosen bei der Erstaufnahme ausgewertet.
4. Den von Maria Nowak-Vogl aufgeführten Diagnosen liegt weder der Würzburger Schlüssel<sup>190</sup>, noch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD)<sup>191</sup>, noch das Schema von Helmut Remschmidt zugrunde. Das ist allerdings nicht weiter verwunderlich, da es bis in die 1980er Jahre keine verpflichtenden Regelungen der Diagnoseklassifikation gab. Im folgenden Kapitel wurde deshalb ein Cluster gebildet, das sich am Schema Remschmidts orientiert.

### 7.1. Quantitative Verteilung

Die quantitative Verteilung der mehr als 20mal genannten bzw. zugeordneten Diagnosen und Einweisungsgründe des Samples zwischen 1949 und 1989, davon sehr oft Teile von Mehrfachnennungen, die hier einzeln ausgezählt wurden, sah folgendermaßen aus<sup>192</sup>:

---

Nowak-Vogl hat in zwei Publikationen aus dem Jahr 1954 drei bzw. vier Gruppen nach der Symptomatik gebildet: Psychopathen, Neurotiker und Verwahrloste – vgl. Vogl, Maria: Die Notwendigkeit der kinderpsychiatrischen Arbeit. In: Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde 9 (1954), S. 29-23 – bzw. Neuropathen, Psychopathen, Neurotiker und Verwahrloste – vgl. Vogl, Maria: Ueber die moderne Kinderpsychiatrie. In: Medizinische Klinik 49 (1954), Sonderdruck. Auch diese beiden Schemata boten sich hier wegen ihrer Unvollständigkeit nicht an.

<sup>189</sup> So findet sich beispielsweise in den Akten weder eine Kategorie „dissoziales Verhalten, Delinquenz und Verwahrlosung“ noch die Bezeichnung „psychoreaktive Störung“.

<sup>190</sup> Im Jahr 1930 wurde eine Klassifikation psychischer Erkrankungen, später „Würzburger Schlüssel“ genannt, für statistische Zwecke ausgearbeitet und über zwei Jahre getestet. Vgl. Coché, Stefanie: Psychiatrie und Gesellschaft. Psychiatrische Einweisungspraxis im „Dritten Reich“, in der DDR und der Bundesrepublik 1941-1963. Göttingen 2017, S. 169. Die neue Klassifikation löste die bis dahin gültige „Reichsirrenstatistik“ von 1901 ab und nahm neue Krankheitseinheiten auf. Der „Würzburger Schlüssel“ stellte 1933 die Übereinkunft der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie“ hinsichtlich der Klassifikation psychischer Störungen dar. Er führte zu einer Differenzierung der psychischen Krankheiten und wurde auch nach 1945 weiter verwendet. Zur Diagnostik-Debatte in der BRD siehe Coché: Psychiatrie und Gesellschaft, S. 171-184.

<sup>191</sup> Das ICD ist das weltweit wichtigste anerkannte Diagnose-Klassifikationssystem der Medizin, das seit 1948 von der WHO weiterentwickelt wird. Einige Staaten, darunter Österreich und Deutschland, verwenden länderspezifische ICD-Erweiterungen. Derzeit ist die 10. Ausgabe des ICD von 2016 gültig, in Österreich die 10. Ausgabe in der Version des Bundesministeriums für Gesundheit. In Deutschland wurde erstmals 1986 die ICD-9 zur Diagnosenverschlüsselung in Krankenhäusern verpflichtend eingesetzt. Der ICD-8 von 1968 fand seit 1973 zunehmend Eingang in die bundesdeutsche (Erwachsenen-)Psychiatrie, die Jahre davor wurde laut Prof. Castell eine Art „Freistil“ gepflegt.

<sup>192</sup> Die komplette Verteilung der Diagnosen findet sich im Anhang.



Tab. 16: Quantitative Verteilung der Diagnosen nach Häufigkeit zwischen 1949 und 1989 nach Geschlecht

<b>Diagnosen</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
Gruppe 1: Organische Störungen und Einschränkungen:	80	36	116
<i>darunter Oligophrenien</i>	33	25	57
<i>darunter Epilepsie</i>	19	5	24
<i>darunter organische Hirnschädigungen</i>	28	7	35
Gruppe 2: Erziehungsprobleme	60	23	83
Gruppe 3: Reaktive Störungen	48	32	80
<i>darunter Enuresis/Enkopresis</i>	40	21	61
Gruppe 4: Dissoziales Verhalten einschl. Delinquenz, Verwahrlosung	44	28	72
<i>darunter Sexualität</i>	3	12	15
Gruppe 5: Psychopathische Zuschreibungen	35	17	52
Neurose, Psychasthenie, Persönlichkeitsstörung	30	18	48
Pubertätskrise/Trotz	19	18	37
Schulprobleme + Teilleistungsstörungen	22	14	36
Milieuschaden	20	14	34
Deprivation	19	9	28
Frage der Unterbringung	16	8	24
Frage der Erziehbarkeit	1	2	3

Quelle: Eigene Berechnungen

Da es bei meinem Forschungsprojekt nicht um eine geschlechterspezifische Analyse von Diagnosezuschreibungen handelt, wird auf eine prozentuale Differenzierung nach den Geschlechtern verzichtet.

An der Spitze für beide Geschlechter rangieren organische Störungen und Einschränkungen (Oligophrenien, Epilepsien und Hirnschädigungen) mit zusammen 116 Nennungen. An zweiter Stelle (83 Nennungen) folgt die Erziehungsproblematik, die beides umfasst: Erziehungsmängel seitens der Erziehungsberechtigten und sog. „Schwererziehbarkeit“ der Kinder und Jugendlichen. Die Häufung der Anführung von Erziehungsschwierigkeiten hängt sicher auch damit zusammen, dass die Initiative zur Einweisung mehrheitlich von Eltern bzw. Elternteilen ausging.

Bei den sog. Reaktiven Störungen habe ich die Fälle von Enuresis und Enkopresis extra ausgezählt, weil sie so häufig auftauchten und weil sie in den Akten hinsichtlich der Ursache unterschiedlich interpretiert wurden: vielfach neurotisch bedingt, oftmals als Zeichen einer angeblichen „Haltlosigkeit“, als Folge einer nachlässigen (Sauberkeits-)Erziehung, etc.

An vierter Stelle stehen insgesamt 72 Nennungen zu „dissozialem Verhalten, Delinquenz und Verwahrlosung“. Die Fälle, die mit dem sexuellen Verhalten der Kinder und Jugendlichen begründet wurden, sind extra ausgezählt, um zu zeigen, dass die Mädchen deutlich überwogen. Zudem finden sich hier meist diejenigen wieder, die einer „Epiphysan-Kur“ unterzogen wurden, auf die im Kapitel „Therapien“ kurz eingegangen wird. An fünfter Stelle schließlich stehen sog. psychopathische Zuschreibungen, die neben den neurotischen die schwammigsten sind, aber in der Kinder- und Jugendfürsorge und -psychiatrie bereits auf eine lange „Tradition“ zurückblicken.<sup>193</sup>

Der Begriff „Deprivation“ in dieser Tabelle wurde für die Fälle gewählt, die in den Akten vor allem unter „Pflugeschaden“, aber auch unter (frühkindlicher) Vernachlässigung oder liebloser Erziehung liefen. Der Begriff „Deprivation“ taucht in den Akten des Untersuchungssamples das erste Mal 1987 auf.

## 7.2. Zu Nowak-Vogls Begrifflichkeiten

Auf die relativ späte Einführung des Begriffs „Deprivation“ wurde eben kurz eingegangen. Dissozialität und seine Derivate (dissoziale Verhaltensweisen, dissozial eingestellt und dissoziale Verhaltensstörung) finden sich im Sample insgesamt acht Mal, die erste Nennung 1973.<sup>194</sup> Ganz neu ist auch der Begriff der „Entwicklungsstörung“, der das erste Mal 1982<sup>195</sup> und in den Folgejahren noch vier Mal<sup>196</sup> in den Akten auftaucht. Laut Ernst Berger wurde dieser Begriff erstmals 1976 von Walter Spiel als Alternativkonzept zur „Psychopathie“ formuliert, da das Psychopathie-Konzept seit Anfang der 1970er Jahre zunehmend Kritik erfuhr.<sup>197</sup>

---

<sup>193</sup> Dazu hat v. a. Petra Fuchs für die Weimarer Zeit gearbeitet. Gerade ist dazu ein neuer Beitrag von ihr, Wolfgang Rose und Thomas Beddies erschienen, siehe Rose, Wolfgang; Fuchs, Petra; Beddies, Thomas: Diagnose „Psychopathie“. Die urbane Moderne und das schwierige Kind. Berlin 1918-1933. Wien; Köln; Weimar 2016, Kap. 4. Kinderbeobachtungsstation.

<sup>194</sup> Vgl. TLA-Zahl 2641. Die übrigen Nennungen erfolgten 1974 (TLA-Zahl 1235), drei Mal 1975 (TLA-Zahl 1436, 0481 und 2004), 1980 (TLA-Zahl 2746), 1981 (TLA-Zahl 0208) und 1992 – die 2. Aufnahme eines zuvor schon aufgenommenen jungen Mannes (TLA-Zahl 0710).

<sup>195</sup> Vgl. TLA-Zahl 1890.

<sup>196</sup> Vgl. TLA-Zahl 2572, 1427, 0758 und 1958.

<sup>197</sup> Berger, Ernst: Die Kinderpsychiatrie in Österreich 1945-1975. Entwicklungen zwischen historischer Hypothek und sozialpsychiatrischem Anspruch. In: Virus 14 (2016), S. 239-248, hier S. 246.

Ein anderer Begriff, dessen Verwendung zumindest aus heutiger Sicht interessant scheint, ist der des „Trauma“, und zwar des psychischen Trauma.<sup>198</sup> Auffallend ist, dass dieser Begriff vor allem mit Blick auf die Fälle sexuellen, aber auch körperlichen Missbrauchs, die in den Akten zur Sprache kommen, selten auftaucht. Die erste Nennung findet sich zwar schon 1951, und zwar zum einzigen Mal im Zusammenhang mit der Vergewaltigung eines 13jährigen Mädchens<sup>199</sup>, es folgen jedoch nur noch vier Nennungen. 1956 ist zwei Mal von einem Trauma die Rede, einmal bei einem schwer essgestörten Jungen, der wegen ausgebrochener Windpocken auf die Infektionsstation verlegt werden sollte und bei dem befürchtet wurde, dass diese Verlegung für ihn ein Trauma bedeuten könne<sup>200</sup>, das andere Mal bei einem Jungen, der wegen seiner Enkopresis aufgenommen worden war<sup>201</sup>. 1960 wurde die Verschickung eines Mädchens auf einen Ferienplatz durch die Mutter<sup>202</sup>, und 1984 das späte Abstillen im Alter von vier Jahren bei einem Mädchen als „Trauma“ und die Schwangerschaft einer „geliebten“ Lehrerin als „traumatisierend“ bezeichnet<sup>203</sup>.

---

<sup>198</sup> Zwei Fälle von „Schädeltrauma“ 1965 und 1975 interessieren hier nicht, da es sich nicht um ein psychisches Trauma handelt. Vgl. TLA-Zahl 1481 und 1154.

<sup>199</sup> So heißt es aus dem Verlauf: „Eine neurotische Schädigung erscheint immer unwahrscheinlicher, da das Kind das damalige Trauma in allgemeinen Redewendungen immer ohne Scheu erwähnt. Er wurde aber trotzdem völlig vermieden, näher auf die damaligen Ereignisse einzugehen, da allein schon ein neuerliches Aussprechen den Prozess des Vergessens gefährdet.“ Vgl. TLA-Zahl 0788.

<sup>200</sup> „Dieser Entschluss fällt deshalb schwer, weil unter Umständen mit einem schweren psychischen Trauma zu rechnen ist.“ Vgl. TLA-Zahl 2013.

<sup>201</sup> Vgl. TLA-Zahl 1304.

<sup>202</sup> Vgl. TLA-Zahl 3544.

<sup>203</sup> Vgl. TLA-Zahl 3549.

## 8. Praxis der Begutachtung

Zum Forschungsauftrag gehört auch eine Untersuchung der Begutachtungspraxis der Station. Dazu muss zunächst festgehalten werden, dass die Krankenakten außergewöhnlich umfassend und detailliert geführt wurden. Es finden sich neben den umfangreichen anamnestischen Erhebungen regelmäßige Eintragungen zum Verlauf des Aufenthaltes, die Beobachtungsprotokolle der Erzieherinnen, Fieberkurven, Gesprächsprotokolle, Befunde von Konsiliaruntersuchungen, Bilder bzw. Zeichnungen der Kinder sowie teilweise Briefe an ihre Eltern, kurze Aufsätze von den Kindern und Jugendlichen nach einem vorgegebenen Thema, das im Laufe der Zeit langsam variierte, Ergebnisse der Testungen, Schriftwechsel mit Eltern, Lehrerinnen und Lehrern, Haus- und Fachärzten, Heimleitungen, etc. Auch nach der Entlassung der Kinder eintreffende Informationen wurden eingehftet sowie, sofern erfolgt, der Schriftwechsel mit den Kindern und/oder ihren Eltern nach dem Aufenthalt. Darunter befinden sich auch Briefe der Kinder an die Erzieherinnen.

Ein Aspekt der Begutachtung wurde im vorangegangenen Kapitel bereits gestreift, die Aufnahme neuer Krankheitskonzepte, die am Beispiel der „Persönlichkeitsentwicklungsstörung“ gezeigt wurde. Das weist darauf hin, dass sich – wenn auch mit zeitlichem Verzug und sicher nicht in jedem Fall – Maria Nowak-Vogl neuen Entwicklungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht gänzlich verschloss.

Bezüglich der Diagnosestellung ist auffallend, dass es in der Regel eine umfangreiche somatische Abklärung gab, so wurde beispielsweise die Epilepsieabklärung *lege artis* mit EEG durchgeführt, wobei der befundende Arzt der Klinik als eine Kapazität auf dem Gebiet galt, Hör- und Sprechfehler wurden fachärztlich abgeklärt, auch Blutuntersuchungen und Röntgenaufnahmen gehörten zum Repertoire, und die psychologischen Tests (Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder, Scenotest, Zeichentests sowie TAT, Rohrschach usw.) entsprachen der Standard-Diagnostik.<sup>204</sup>

Nowak-Vogl gilt als starke Befürworterin der Heimerziehung, dennoch lassen sich vereinzelt Hinweise von ihr finden, die eine kritische Sichtweise auf die Institution Heim einschließen, so beispielsweise bei der sog. „Heimmüdigkeit“ mancher Kinder und Jugendlicher oder bei den Grenzen einer Gemeinschaftserziehung bei (besonders) sensiblen Kindern – davon

---

<sup>204</sup> Die Interpretation der psychologischen und Intelligenz-Tests steht auf einem anderen Papier. So ist beispielsweise der sog. „epileptische Charakter“ laut Prof. Castell nicht haltbar.

abgegrenzt wurden Kinder und Jugendliche, die als „nicht gemeinschaftsfähig“ klassifiziert wurden.<sup>205</sup> Zu dem Zusammenhang zwischen depressiven Reaktionen und Gemeinschaftserziehung hat sie sich 1971 in einem veröffentlichten Vortrag geäußert. Darin heißt es, dass man in Fürsorgeheimen mit rund 1 bis 2 Prozent „gemeinschaftsunfähigen“ Kindern rechnen muss, „die der Gefahr einer depressiven Verstimmung ausgesetzt sind“. Der Grund für die „Gemeinschaftsunfähigkeit“ lag laut Nowak-Vogl bei den von ihr untersuchten Kindern und Jugendlichen in ihrer „charakterlichen Struktur, nämlich ihrer Introversion und ihrem mangelnden Kontakt zur Kollektivität“. Auffallend ist hierbei, dass sie sich gegen eine antidepressive Medikation ausspricht, weil man „wenigstens den Kindern den Konflikt nicht abschwächen dürfe, da sie noch ein Recht darauf haben, dass man ihnen bei dessen Verarbeitung hilft und damit eine echte Anleitung für die spätere Bewältigung ihres gewiß nicht krisenlos verlaufenden Lebens vermittelt.“<sup>206</sup>

Auch die sog. „Scheinanpassung“, die im Heim wohl öfter zu beobachten war, wurde von Nowak-Vogl zumindest wahrgenommen und in den Akten dokumentiert und schon aufgrund des Begriffs kritisch konnotiert. Ein Heimaufenthalt wurde jedoch keineswegs grundlegend in Frage gestellt – er war in den meisten Fällen bis auf die sog. „Gemeinschaftsunfähigen“ konkurrenzlos.

Bei der Erhebung der Anamnese versuchte Nowak-Vogl immer, Verwandte, die nicht bei der Aufnahme anwesend waren und befragt werden konnten, nachträglich einzubestellen. Auch wurde bei den betreffenden Schulen nachgefragt, wenn sich Unstimmigkeiten ergeben hatten. Bei den Heimkindern, bei denen Nachfragen nicht möglich waren, finden sich dann allerdings die „Vorverurteilungen“ aus den Führungsberichten der Heime gleichsam eins zu eins wieder. Spätestens ab 1975 unternahmen pädagogische Mitarbeiterinnen mitunter Hausbesuche bei der Familie, während das Kind noch auf der Station war, und fertigten Protokolle desselben an. Die dort gemachten Beobachtungen konnten dann durchaus in die Begutachtung mit einfließen.<sup>207</sup>

---

<sup>205</sup> Zu den Letztgenannten hat Maria Nowak-Vogl auch veröffentlicht, siehe Dies.: Eine Heilpädagogische Studie über die Gemeinschaftsunfähigkeit. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 8 (1959), S. 149-155 und 180-189.

<sup>206</sup> Nowak-Vogl, Maria: Depressive Reaktionen als Folge einer Gemeinschaftserziehung. In: Ansell, Anna Lisa (Hrsg.): Depressive States in Childhood and Adolescence. Verh. 4. Congress auf the Union of European Pedopsychiatrists Stockholm 1971. Stockholm 1972, S. 111-115, hier S. 114..

<sup>207</sup> Vgl. TLA-Zahl 0648.

Die unterschiedlichen Aussagen zwischen den vorläufigen und den abschließenden Beurteilungen, die sich geschätzt in ca. 20 bis 30 Prozent der Akten ausmachen lassen, das Festhalten von „unklaren Zustandsbildern“, die (seltene) Feststellung von nicht krankhaften Befunden, all das weist darauf hin, dass Begutachtungsprozesse im Prinzip offen waren, also keineswegs immer das, was anfangs festgestellt wurde, bis zur Entlassung Gültigkeit hatte. Zum Teil wird auch offen formuliert, dass die Zeit, die für eine Beobachtung zur Verfügung stand, nicht ausgereicht hatte, um zu einem schlüssigen Urteil zu kommen.<sup>208</sup>

„Stichwortgeberinnen“ und „Stichwortgeber“ für die Begutachtung waren neben dem Psychologen und weiterem ärztlichen Personal mitunter auch die pädagogischen Mitarbeiterinnen und – später – Mitarbeiter, deren Beobachtungsprotokolle sich zum Teil in wörtlichen Redewendungen in der abschließenden Beurteilung wiederfinden. Es konnte aber auch sein, dass der negativen Bewertung oder Einschätzung einer pädagogischen Mitarbeiterin in der abschließenden Beurteilung durch Nowak-Vogl überhaupt nicht gefolgt wurde und umgekehrt.<sup>209</sup>

Schließlich soll auch noch auf ein wirkmächtiges Vorurteil Nowak-Vogls hingewiesen werden, das gesellschaftlich weit verbreitet war und für die Kinder und Jugendlichen negative Folgen haben konnte: ihr ausgeprägtes Interesse an sog. „Kärnerkindern“.<sup>210</sup> Dass dieses Konstrukt auf den ersten Blick selbst von ihr gar nicht immer ausgemacht werden konnte, zeigt sich in den Fällen, in denen diese „Herkunft“, die mit bestimmten „Eigenschaften“ einherging, erst im Verlauf des Aufenthalts „offenkundig“ wurde. Bei den von mir untersuchten Akten wurde in 12 Fällen festgehalten, dass Kinder „Kärnerereigenschaften“ hätten oder aus einer „Kärnerfamilie“ stammten. Die Folge davon war eine als wenig aussichtsreich bis aussichtslos bewertete Entwicklungsmöglichkeit. In der Regel wurde ihnen praktisch keine Erziehungsfähigkeit zugebilligt. Der einzig positive Effekt dieser Zuschreibung war, dass sie dadurch manchmal dem Erziehungsheim entgingen. In einem Fall hielt Nowak-Vogl sogar

---

<sup>208</sup> Das konnte der Fall sein, wenn die Eltern oder das Jugendamt (Kostenübernahme) auf Entlassung drängten, das Kind nicht krankenversichert war oder die Zusammensetzung der Kindergruppe für das betreffende Kind nicht taugte.

<sup>209</sup> Zum Beispiel in der Akte eines Jungen, der 1953/54 auf der Station war, der von der Lehrerin und den Erzieherinnen schlecht beurteilt worden war, und Nowak-Vogl dieser Sichtweise nicht folgte. Vgl. TLA-Zahl 3352.

<sup>210</sup> „Kärner“ und „Jenische“ sind österreichische, teilweise deutsche und Schweizer Bezeichnungen für Bevölkerungsgruppen, die sich in ihrer Lebensweise von bürgerlichen Normvorstellungen unterschieden, evtl. vergleichbar mit dem deutschen abwertenden Begriff des sog. „fahrenden Volkes“.

fest, dass das Mädchen aufgrund ihrer sozialen Intelligenz so gar nicht dem „typischen Karner“ entsprach. Das hatte jedoch nicht den Verlust dieses Labels zur Folge.

## 9. Therapien

Bevor auf die auf der Station angewandten therapeutischen Maßnahmen eingegangen werden soll, muss festgehalten werden, dass allein die Aufnahme auf die Station bereits eine „Therapie“ war, und zwar im Sinne einer sog. „Milieuveränderung“. Das war besonders wichtig bei den Kindern und Jugendlichen, bei denen das häusliche „Milieu“ als ungünstig gewertet wurde. Mit anderen Worten, schon die Herausnahme aus dem schädlichen „Milieu“ bedeutete eine erste, mitunter sehr wichtige Therapie. Darauf wies Maria Nowak-Vogl nicht nur in den Krankenakten als einen von ggf. mehreren Aufnahmegründen hin, sondern auch in ihren Publikationen.

Die heilpädagogischen Maßnahmen, die auf der Station zum Tragen kamen, sind aus den Akten etwas schwer zu fassen. Sie konnten in einer „Nacherziehung“, einer „Umerziehung“ und/oder „Heilerziehung“ bestehen und war laut Nowak-Vogl Aufgabe derjenigen, „die den Alltag mit dem Kindern teilt“, also dem Erzieher bzw. der Erzieherin, nachdem ihm bzw. ihr seitens „des Arztes“ die Grenzen des Kindes abgesteckt wurden, „die dem Kind anlagemäßig gegeben sind und deshalb das für es erreichbare Erziehungsziel modifizieren“.<sup>211</sup> Zu den heilpädagogischen Maßnahmen zugehörten auch die in den Krankenakten schon früh erwähnten „Orff-Spiele“.<sup>212</sup>

Daneben kamen auf der Station natürlich medikamentöse Behandlungen einerseits und Psycho- und andere Therapien andererseits zur Anwendung. Die medikamentöse Behandlung kann unterschieden werden in Psychopharmaka, Epiphysan und Arzneimittel, die nicht mit dem Aufnahmegrund in Zusammenhang standen, z. B. Mittel gegen Infektionskrankheiten oder Pilzerkrankungen, außerdem Vitamine und Nahrungsergänzungsmittel. Im Folgenden stehen nur Psychopharmaka und das skandalisierte Epiphysan im Fokus. Die Angaben über die Vergabe dieser Medikamente bzw. Wirkstoffe entstammen in der Regel den Fieberkurven. In Ausnahmefällen tauchten Medikamentengaben nur in den Verlaufsnotizen auf, waren also nicht in den Fieberkurven festgehalten. Das heißt, man kann nicht von Vollständigkeit

---

<sup>211</sup> Vogl, Maria: Die Notwendigkeit der kinderpsychiatrischen Arbeit, S. 30.

<sup>212</sup> Diese gehören zu den heilpädagogischen Maßnahmen. Auch dazu liegt ein Aufsatz von Maria Nowak-Vogl vor. Vgl. Dies.: Das Orff-Schulwerk im klinischen Alltag bei verhaltensgestörten Kindern. In: Wolfgang, Hans: Orff-Schulwerk und Therapie. Therapeutische Komponenten in der elementaren Musik- und Bewegungserziehung. Berlin 1975, S. 152-158.



ausgehen. Es gibt aber m. E. nach keinen Grund, dabei von bewusstem Nicht-Dokumentieren auszugehen. Denn die Ausgabe von Psychopharmaka war auf einer psychiatrischen Station nicht skandalisiert.

## 9.1. Medikamentöse Behandlung

### 9.1.1. Psychopharmaka

Im Folgenden sollen die Gabe von Psychopharmaka sowie deren Verteilung über die Jahrzehnte betrachtet werden, bevor die Zusammensetzung diese Medikamentengruppe in den Fokus kommt und auf das „Epiphysan“ eingegangen wird.

#### Vergabe von Psychopharmaka

Insgesamt erhielten ab dem Jahr 1950 insgesamt 98 Patientinnen und Patienten Psychopharmaka. Das entspricht einem Anteil von 27,1 Prozent des Untersuchungssample. Die Verteilung nach Geschlechtern, entspricht, wie Tabelle 15 zeigt, ungefähr der Geschlechterverteilung auf der Station.

Tab. 17: Vergabe von Psychopharmaka nach Geschlecht zwischen 1950 und 1989

Zahl der Patienten	Jungen	Mädchen
98	60 (61,2 %)	38 (38,6 %)

Quelle: Krankenakten, eigene Berechnungen

Von diesen 98 Patientinnen und Patienten erhielten 20 Tofranil bzw. Tofranetten nur wegen Enuresis. Das war nichts Ungewöhnliches für diese Zeit, nachdem von mehreren Kinderpsychiatern beobachtet worden war, dass Kinder, die Tofranil nahmen, nachts weniger bettnässen. Dazu gibt es u. a. auch einen Aufsatz von Maria Nowak-Vogl.<sup>213</sup> Rechnet man die Tofranil-Fälle heraus, bei denen das Mittel nur aufgrund der Enuresis ausgegeben wurde – und der wissenschaftliche Beirat hat mich in diesem Vorgehen bestärkt – bedeutete dies, dass 78 Patientinnen und Patienten oder 21,5 Prozent des Untersuchungssamples Psychopharmaka als Psychopharmaka erhielten.<sup>214</sup>

<sup>213</sup> Vgl. Nowak-Vogl, Maria: Die Bettnässertherapie mit Imipramin (=Tofranil). In: Der Praktische Arzt 23 (1969), S. 1169-1186.

<sup>214</sup> Drei Patienten und Patientinnen wurden nicht mitgerechnet, weil sie schon vor der Aufnahme Antiepileptika einnahmen. Ebenfalls nicht berücksichtigt wurden die Fälle von vier Jungen, deren Eltern bei der Entlassung Psychopharmaka mitgegeben wurden (drei Mal Antiepileptika und ein Antidepressivum).

### Verteilung der Psychopharmaka über die Jahrzehnte

Aufschlussreich ist der Blick auf die quantitative Ausgabe der Psychopharmaka (einschließlich der 20 Tofranil-Ausgaben) über die Jahrzehnte des Untersuchungszeitraumes.

Tab. 18: Verteilung der Psychopharmaka zwischen 1950 und 1989

<b>Jahrzehnt</b>	<b>Anzahl der Fälle (Patienten) in absoluten Zahlen</b>	<b>prozentualer Anteil des Untersuchungssamples</b>
1950-1959	9	8,3
1960-1969	38	31,1
1970-1979	28	33,3
1980-1989	23	47,9
Summe	98	27,1

Quelle: Krankenakten, eigene Berechnungen

Abgesehen vom ersten Untersuchungsjahrzehnt, der Zeitraum, in dem die psychopharmakologische Behandlung erst einsetzte, ist der Anteil in den folgenden drei Jahrzehnten deutlich höher, wobei im letzten Jahrzehnt noch einmal ein größerer Sprung zu beobachten ist.

### Zusammensetzung der ausgegebenen Psychopharmaka

Die Medikamente, die auf der Station zum Einsatz kamen, können in vier Gruppen unterteilt werden: Tranquilizer, Antiepileptika, Antidepressiva und Neuroleptika.

Die Verteilung sah bei den 78 Fällen – ohne die Tofranil-Gaben wegen Enuresis – folgendermaßen aus:

Tab. 19: Zusammensetzung der ausgegebenen Psychopharmaka zwischen 1950 und 1989

<b>Gruppe</b>	<b>allein verabreicht</b>	<b>mit anderen Mitteln der gleichen Gruppe verabreicht</b>
Tranquilizer <sup>215</sup>	6	1
Antiepileptika <sup>216</sup>	8	3

<sup>215</sup> Tranquilizer wurden auch zur Behandlung epileptischer Anfälle eingesetzt. Zu den Tranquilizern gehörten die folgenden Medikamente: Anxiolit, Biobamat, Atarax, Hovaletten, Lexotanil, Librium, Luminal, Praxiten, Rohypnol, Somnifen, Temesta, Valium.

Antidepressiva <sup>217</sup>	8	1
Neuroleptika <sup>218</sup>	18	4
Mischungen	28	
Instenon	1	1

Quelle: Krankenakten, eigene Berechnungen

An erster Stelle stehen hier die Fälle, in denen mehrere Wirkstoffgruppen verabreicht wurden, gefolgt von den Neuroleptika. Letztere wurden im ersten und zweiten Untersuchungs Jahrzehnt nur vereinzelt gegeben, der stärkere Einsatz von Neuroleptika erfolgte erst ab 1983. Das liegt auch daran, dass manche Medikamente, wie Haldol und Neuleptil erst dann auf dem Markt waren, vergleiche Tabelle 29.

Ein Blick auf die Diagnosen bei Psychopharmaka (siehe Anhang D) zeigt ab dem Ende der 1970er Jahre eine Zunahme schwerer psychiatrischer Erkrankungen, wie Psychosen und Schizophrenie, die die Gabe von Neuroleptika zur Folge hatten.

Um einen Eindruck der Mittel zu bekommen, die häufiger verabreicht wurden, soll ein Blick auf die Arzneimittel geworfen werden, die mehr als zwei Patienten des Untersuchungssamples zwischen 1950 und 1988 erhielten.

Tab. 20: Psychopharmaka, die bei mehr als Patienten zwischen 1950 und 1988 verabreicht wurden

Mittel	erste Nennung	Zahl der Patienten	Markteinführung
Akineton ret.	1975	9	1953
Anafranil	1985	3	1960er Jahre
Anirrit	1963	3	1953 <sup>219</sup>
Comital	1955	3	ca. 1951
Haldol	1975	14	1959 <sup>220</sup>
Librium	1963	11	1960
Ludiomil	1985	3	ca. 1973
Luminal <sup>221</sup>	1950	6	1912

<sup>216</sup> Acrisuxin, Anirrit, Comidal, Convulex, Mysoline, Neurotop, Ospolot, Paraldone, Petinimid, Prominalette, Tegretal/Tegretol.

<sup>217</sup> Anafranil, Deanxit, Ludomil, Niamid, Saroten ret., Tofranil/Tofranetten, Tryptizol.

<sup>218</sup> Decantan, Dogmatil, Esucos, Haldol, Largactil, Leponex, Lyogen, Melleril/Melleretten, Neuleptil, Nonzinan, Orap, Psyquil, Serpasil, Taractan, Truxal.

<sup>219</sup> Erster Bericht über die Anwendung bei Epilepsie in „Der Nervenarzt“.

<sup>220</sup> In Belgien, die anderen europäischen Länder folgten, die USA erst 1988.

Melleril/Melleretten	1963	8	1966
Mysoline	1963	5	1954
Neuleptil	1982	5	ca. 1978
Petidion	1955	3	nicht bek.
Saroten ret.	1983	3	1962
Tegretal	1968	4	nicht bek.
Tofranal	1960	35	1958
Truxal	1966	13	1959
Tryptizol	1964	11	1962

Quelle: Krankenakten, eigene Berechnung

Bei diesen 17 Mitteln handelt es sich in

- 5 Fällen um Antidepressiva (Anafranil, Ludomil, Saroten ret., Tofranal, Tryptizol)
- 5 Fällen um Antiepileptika (Anirrit, Comital, Mysoline, Petidion<sup>222</sup>, Tegretal)
- 4 Fällen um Neuroleptika<sup>223</sup> (Haldol, Melleril/Melleretten, Neuleptil, Truxal)
- 2 Fällen um Tranquilizer (Librium, Luminal – die wurde auch bei Epilepsie eingesetzt)

Akineton ret. wurde in der Regel als Mittel gegen unerwünschte Nebenwirkungen von Neuroleptika verabreicht.

Die genannten Mittel kamen, wie Tabelle 20 zeigt, zu unterschiedlichen Zeitpunkten auf den Markt, einige, wie Petidion, wurden mittlerweile aus dem Verkehr gezogen. Wenn die Mittel zugänglich waren, wurden sie zunächst bei Erwachsenen eingesetzt, die bei der Markteinführung in der Regel die Hauptzielgruppe waren. Das bedeutete, dass Erkenntnisse über Dosierung, Nebenwirkung bei Kindern und Jugendlichen und Wechselwirkungen etc. in der Regel noch nicht bekannt waren. Das wiederum bedeutete, dass die Kinderpsychiater in vielen Fällen auf Therapieversuche<sup>224</sup> angewiesen waren. Und das wiederum erklärt, warum,

---

<sup>221</sup> Luminal wurde während des „Dritten Reichs“ zur Tötung von Patienten, darunter auch Kinder in den sog. Kinderfachabteilungen, benutzt.

<sup>222</sup> Petidion bzw. der Wirkstoff Ethadion ist wegen toxischer Nebenwirkungen nicht mehr im Handel.

<sup>223</sup> Zur Geschichte der Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland siehe die ausgezeichnete Studie von Balz, Viola: Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland 1950-1980. Bielefeld 2010.

<sup>224</sup> Heil- oder Therapieversuche werden von Forschungsversuchen unterschieden. Zum historischen Kontext des klinischen Arzneimittelversuchs im 20. Jahrhundert siehe Balz, Viola: Megaphen wird zur Wirkung gebracht. Die klinische Konstitution eines erfolgreichen Behandlungsfalles an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. In: Eschenbruch, Nicholas; Balz, Viola; Klöppel, Ulrike; Hulverscheidt, Marion (Hrsg.): Arzneimittel des 20. Jahrhunderts. Historische Skizzen von Lebertran bis Contergan. Bielefeld 2009, S. 167-198, hier S. 173-175. Zu Arzneimittelstudien an Heimkindern siehe ganz aktuell Wagner, Sylvia: Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte. Arzneimittelstudien an Heimkindern. In: Sozial. Geschichte Online 19 (2016), S. 61-113 (<http://sozialgeschichteonline.wordpress.com>, zuletzt aufgerufen am 24.3.2017). Darin werden auch die rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen pharmakologischer Forschung behandelt.

wie in Kapitel 4.5.2. erwähnt, relativ viele Artikel zu den Erfahrungen mit den neuen Wirkstoffen in den Fachzeitschriften erschienen.

Die Gabe von Psychopharmaka wurde in 32 Fällen kombiniert mit (verschiedenen Formen der) Psychotherapie, darunter acht Fälle, in denen Tofranil zur Behandlung der Enuresis gegeben wurde.

Zu den Dosierungen äußerte der wissenschaftliche Beirat, dass die Psychopharmakologie von Maria Nowak-Vogl nachvollziehbar sei und riet, ihre Dosierungen mit den Angaben der sog. „Roten Liste“<sup>225</sup> abzugleichen. Von den jährlich erschienen Roten Listen wurde die Jahre 1959, 1969 und 1979 herangezogen, die dort angegebenen Dosierungsempfehlungen (und Indikationen) von häufig verabreichten Arzneien finden sich in Anhang F. Dabei wurde nicht bei allen Medikamenten zwischen Erwachsenen und Kindern unterschieden.

Hier soll nur das Ergebnis des Abgleichs mit 16 Arzneimitteln<sup>226</sup> wiedergegeben werden:

Bei zwei Medikamenten (Tegretal und Tofranil) fand sich in der Roten Liste nur der Hinweis „Individuelle Dosierung s. Packungsprospekt“. Die Gaben von 1x1 Tegretal bzw. maximal 3x1 Tofranil erwecken nicht den Eindruck einer Überdosierung.

Für ein Medikament (das nicht mehr verkäufliche Petidion) fand sich keine Dosierungsempfehlung. Die Dosierungen der übrigen 13 Medikamente entsprachen in etwa den Dosierungsempfehlungen der Roten Liste.

### 9.1.2. Epiphysan

Die Verabreichung von Epiphysan auf der Kinderbeobachtungsstation gehört zu den skandalisierten Maßnahmen Maria Nowak-Vogls und wird auch im Rückblick von befragten ehemaligen Kinderpatienten und -patientinnen als besonders belastend empfunden bzw. dargestellt. Deshalb wird diese Therapie gesondert behandelt. Auch dabei muss man sich den zeitgeschichtlichen Kontext bewusst machen, ohne deshalb einer möglichen Exkulpation das Wort zu reden. Zum einen ist hier die ausgesprochene Sexualfeindlichkeit der Nachkriegszeit zu erwähnen, die sich in manchen Gegenden, zu denen man wohl Tirol zählen muss,

---

<sup>225</sup> Die Rote Liste ist ein Arzneimittelverzeichnis für Deutschland, das Kurzinformationen zu den Humanarzneimitteln bietet: Wirkstoff- und Indikationen, Dosierungsempfehlen, Wechselwirkungen und Intoxikationen, Gegenanzeigen, Anwendungsbeschränkungen etc. Es erscheint jährlich und richtet sich an medizinisch-pharmazeutische Fachkreise.

<sup>226</sup> Es handelt sich dabei um Anafranil, Anirrit, Comital, Haldol, Librium, Ludiomil, Luminal, Melleril/Melleretten, Mysoline, Neuleptil, Petidion, Saroten ret., Tegretal, Tofranil, Truxal und Tryptizol.

besonders lange hielt. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Sexualfeindlichkeit kaum kritisch reflektiert wurde, auch von der naturwissenschaftlich ausgebildeten, gleichwohl katholisch sozialisierten Maria Nowak-Vogl nicht.

Zum anderen gehört die noch lange fehlende gesetzliche Regulierung von sog. „Therapieversuchen“ zum historischen Kontext. Trotz der verschiedenen ärztlichen Erklärungen bzw. Gelöbnisse zum Verzicht von Menschenversuchen, wie der Deklaration von Helsinki 1964 zu „Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen“ und ihrer Revidierungen in Tokio 1975, Venedig 1983, Hong Kong 1989 etc., die später Eingang in die ärztlichen Berufsordnungen gefunden haben, bewegten sich die individuellen Therapieversuche<sup>227</sup> sehr lange in einem grauen Bereich<sup>228</sup>. Vor allem in Zeiten neuer Wirkstoffe und Medikamente gehörten (und gehören) auch individuelle Therapieversuche zur Tagesordnung in Kliniken. Davon und von Arzneimittelstudien war die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht verschont, wie eine Reihe von zeitgenössischen Aufsätzen in den Fachzeitschriften zeigt.<sup>229</sup> Sie stand (und steht) vor ganz ähnlichen Problemen wie die Erwachsenenpsychiatrie, wenn es um neue Wirkstoffe ging, von denen man sich Besserung oder Heilung versprach. Bei Kindern und Jugendlichen kommt erschwerend hinzu, dass sie hinsichtlich der Dosierungen nicht einfach „kleine Erwachsene“ sind, sondern ihr gesamter Organismus noch in der Entwicklung steckt und damit ganz andere Bedingungen herrschen als bei den Erwachsenen.

Weil diese Therapieversuche auch in den 1950er Jahren „normal“ waren, konnte darüber in den Publikationen berichtet werden – und wurde es auch –, ohne dass es prinzipiell zu kritischen Reaktionen kam. In diesem Kontext veröffentlichte Maria Nowak-Vogl auch die Ergebnisse ihrer Therapieversuche mit Epiphysan, darunter 1957 in der renommierten Fachzeitschrift „*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*“ über ihre Versuche mit Epiphysan bei 32 Kindern und Jugendlichen auf der Station.<sup>230</sup>

---

<sup>227</sup> Im individuellen Therapieversuch werden bei einzelnen Patienten klinisch nicht erprobte Therapieformen eingesetzt. Im Gegensatz dazu stehen die systematischen Therapieversuche bei klinischen Studien.

<sup>228</sup> Dazu ist beispielsweise festzuhalten, dass die Deklaration von Helsinki noch nicht in die bundesdeutsche Gesetzgebung übernommen wurde.

<sup>229</sup> In der bereits genannten Studie von Sylvia Wagner tauchen bei den Arzneimittelstudien auch Psychopharmaka und die Libido hemmende Wirkstoffe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf. Vgl. Wagner: Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte, Kap. 6 und 7.

<sup>230</sup> Vgl. Vogl, Maria: Differentialdiagnose und Therapie der kindlichen Hypersexualität. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 6 (1957), S. 164-167.

Im Untersuchungssample erhielten insgesamt 12 Patientinnen und Patienten, also rund 3,3 Prozent, im Alter von sechs bis 17 Jahren Epiphysan, vier Jungen und acht Mädchen, davon ein Mädchen nach Abstand von zwei Jahren eine zweite Injektionsreihe.

Von den acht Mädchen hatten sechs eine Vorgeschichte, die auf sexuellen Missbrauch hinwies. Dieser wurde zwar erhoben, aber nicht weiter thematisiert, außer, dass er offenbar als eine Art „Auslöser“ für eine „sexuelle Erregbarkeit“ galt. Ansonsten gab „Onanie“, der Versuch, andere Kinder zu missbrauchen oder einfach der Verdacht auf „Triebhaftigkeit“ den Ausschlag, Epiphysan zu verabreichen. Die genaue Verteilung ist aus der Tabelle in Anhang C ersichtlich.

Im Untersuchungssample gab es keinen Fall von einer Androcur-Gabe als „triebhemmendes Mittel“ mit deutlichen Nebenwirkungen, das allerdings erst seit 1966 für die Forschung zur Verfügung stand. In dem erwähnten Interview mit einer ehemaligen Mitarbeiterin taucht dieses Medikament auf, allerdings mit dem Hinweis, das es, wie auch das Epiphysan, „sehr selten“ verabreicht wurde.

Aus der bereits erwähnten Publikation des Jahres 1954 zu Epiphysan lässt sich Vieles herauslesen. Zum einen, dass Maria Nowak-Vogl fünf Jahre zuvor einen Therapieversuch bei einem 14-jährigen Mädchen<sup>231</sup> unternommen hatte, obwohl sie „in der Literatur keinerlei Hinweise auf eine Behandlung von Jugendlichen“ gefunden hatte „und daher mit einer eventuellen Dauerschädigung rechnen“ musste.<sup>232</sup> Begründet wurde dieser Therapieversuch damit, dass ansonsten eine Unterbringung auf einem einsam gelegenen, kinderlosen Berghof oder die Überweisung in eine Heilanstalt „zum Zwecke der Bewahrung“ in Frage gekommen wäre, und gerade zu Letzterem könne „man sich begreiflicherweise äußerst schwer“ durchringen.<sup>233</sup> Aus einer späteren Veröffentlichung erfährt man, dass auch zuvor schon „Therapieversuche mit Brom, kombiniert mit planmäßiger Beschäftigung und Beaufsichtigung“ durchgeführt worden waren, jedoch ohne Erfolg.<sup>234</sup> All das rechtfertigte in

---

<sup>231</sup> In einer Veröffentlichung aus dem Jahr 1965 heißt es, das Mädchen sei damals 13 Jahre alt und mutterlos gewesen und musste „dem Vater wegen regelmäßiger blutschänderischer Handlungen abgenommen werden“. Das Mädchen konnte „bereits Monate, bevor wir es kennenlernten, auf einem Pflegeplatz nicht mehr behalten werden, weil es in so auffälliger Weise masturbierte, daß es den Ekel in der Familie hervorrief“. Vogl, Maria: Die Dämpfung hypersexueller Zustände durch Epiphysan. In: Beiträge zur Sexualforschung 34 (1965), S. 86-90, hier S. 88.

<sup>232</sup> Vogl: Differentialdiagnose, S. 165.

<sup>233</sup> Vogl: Differentialdiagnose, S. 165.

<sup>234</sup> Vogl: Dämpfung, S. 88. Wer diese „Therapieversuche mit Brom“ durchgeführt hat, ist nicht festgehalten.

ihren Augen den Therapieversuch, obwohl sie die Gefahr einer Frigidität, also die Möglichkeit einer Dauerschädigung, durchaus sah und auch anführte.

Ihr Therapiekonzept formulierte sie bei „echter Triebhaftigkeit“<sup>235</sup> folgendermaßen: „In kinderpsychiatrischer und pädagogischer Hinsicht aber stand im Vordergrund, daß die sonst unumgängliche Einweisung in eine Heilanstalt ebenfalls zu einer Dauerschädigung“<sup>236</sup> insofern führen würde, als das Mädchen dort auf eine weitere Schulbildung und Schulkameraden verzichten müsste. Im Weiteren führte sie aus, dass die Alternative in solchen Fällen von „isolierter sexueller Verwahrlosung“ darin bestand, „solche Mädchen, um sie vor Schwangerschaft, evtl. Abtreibungen und Geschlechtskrankheiten zu schützen, in Erziehungsheimen so lange zu bewahren, bis sie entweder für reif genug erklärt wurden, die Folgen ihres Verhaltens zu überblicken und danach zu handeln, oder bis sie mit Erreichung der gesetzlichen Altersgrenze ausscheiden“. Auch die weiteren Erläuterungen verweisen darauf, dass das Therapiekonzept in einer „Verhinderung“ oder „Prävention“ von unerwünschtem Verhalten lag, das anderenfalls noch negativere Folgen (Verwahrung, in einer Heilanstalt, abgebrochene Schulausbildung oder jahrelange Unterbringung in einem Erziehungsheim – mit den entsprechenden Kosten, die ebenfalls angeführt werden) nach sich ziehen würde. In dem Artikel ist von 23tägiger stationärer Behandlung die Rede, auch von Kontrollversuchen, die bis dahin 32 Patientinnen und Patienten umfassten. Besonders hervorgehoben wurde der „überraschende“ Erfolg: „Jeder Versuch masturbatorischer Betätigung und alle sexuellen Annäherungsversuche an Erwachsene und Kinder hörten schlagartig auf und traten nach [...] Rückkehr in das Heimmilieu nicht mehr auf“.<sup>237</sup> Zudem ließ sich feststellen, dass das Epiphysan in den Hormonhaushalt nicht „wirklich eingreift“, also keine greifbaren hormonellen Schädigungen verursache. Das schloss sie daraus, dass bei manchen Jugendlichen nach eineinhalb Jahren eine zweite „Epiphysan-Kur“ durchgeführt werden musste. Zusammenfassend heißt es, dass bei „echter Triebhaftigkeit“ durch das Mittel die „Internierung sexuell gefährdeter Kinder und Jugendlicher“ vermieden werden könne.

Wie aus dem Anhang C zu ersehen ist, finden sich zwischen 1953 und 1987 bei sechs Mädchen der zwölf Kinder und Jugendlichen Hinweise darauf, dass sie sexuell missbraucht

---

<sup>235</sup> Die „echte Triebhaftigkeit“ wird hier im Gegensatz gesehen zu „neurotisch bedingter sexueller Aktivität“ und zu „durch Verwahrlosung bedingte Aktivität“.

<sup>236</sup> Vogl: Differentialdiagnose, S. 165.

<sup>237</sup> Vogl: Differentialdiagnose, S. 165.



wurden, und zwar im Alter von acht Jahren an.<sup>238</sup> Mit Ausnahme des letzten Falls aus dem Jahr 1987 wurde der Missbrauch selbst nicht therapiert, sondern tabuisiert. Es galt sogar als schädlich, die betroffenen Kinder daran zu erinnern. Ob dahinter die Hoffnung stand, sie würden vergessen, was ihnen widerfahren war, ist nicht bekannt. Insgesamt war das Thema sexueller Missbrauch von Kindern durch männliche Familienmitglieder wie durch Fremde bis in die 1980er Jahre so stark tabuisiert, dass es einfach ignoriert wurde. Das war zwar in der gesellschaftlichen Haltung nicht anders und zieht sich teilweise noch bis in die Gegenwart hinein, aber es erstaunt doch in einem psychiatrischen Kontext. Die Folgen des Missbrauchs, und das ist das eigentlich Skandalöse, wurden in einer sexuellen „Triebhaftigkeit“ oder „Erregbarkeit“ festgemacht und den Betroffenen zugeschrieben. Die „Triebhaftigkeit“ wiederum rechtfertigte sogar die Möglichkeit, die Betroffenen zu isolieren (Berghof) oder zu verwahren (Heilanstalt). Wenn man dieser Logik folgt und das ganze Ursache-Schema komplett ausblendet, scheint ein Therapieversuch, zumindest für Nowak-Vogl und diejenigen Kollegen und Kolleginnen, die ihre Aufsätze dazu gelesen haben oder von den Therapieversuchen wussten, ohne Protest einzulegen, eine Alternative gewesen zu sein. Abschließend soll festgehalten werden, dass Nebenwirkungen der intramuskulär verabreichten Epiphysan-Injektionen in den untersuchten Krankenakten nicht beschrieben oder festgehalten wurden.

## 9.2. Psycho- und andere Therapien

### 9.2.1. Psychotherapie

Erstaunlich ist die frühe Erwähnung von (wie auch immer gearteter) Psychotherapie bei den Patientinnen und Patienten der Kinderbeobachtungsstation Anfang der 1950er Jahre. Das mag u. a. damit zusammenhängen, dass der Vorstand der Nervenklinik nach dem Ende des Krieges, Prof. Hubert Urban, dieser Therapieform offen gegenüberstand.<sup>239</sup> Die erste Nennung im Untersuchungssample findet sich für das Jahr 1953, hier noch unter der Bezeichnung „psychische Beeinflussung“.

Maria Nowak-Vogl hat sich zur Funktion der medikamentösen und der Psychotherapie bereits 1961 in einem Aufsatz folgendermaßen geäußert: „Die medikamentöse Therapie ist immer

---

<sup>238</sup> Bei einem Mädchen ist nicht festgehalten, wie alt sie war, als ihr Vater sie sexuell missbrauchte.

<sup>239</sup> Vgl. Hinterhuber, Hartmann: Zum Wiederaufbau eines akademischen Lehrkörpers in der Psychiatrie in Innsbruck nach 1945. Die Lehrstühle und Klinikleitungen, die Habilitationen und die Lehrveranstaltungen an der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik Innsbruck. In: *Virus* 14 (2016), S. 79-100, hier S. 88-89.

noch die einfachste, trotzdem oft eine Reihe von Tagen abgewartet werden muß, um den Erfolg abschätzen zu können. Sie ist, allein angewendet, aber oft viel zuwenig wirksam, um den Ausschlag zu geben. Ein ebenso bloß unterstützender, aber nicht zu missender Weg ist die Psychotherapie, für die eine entsprechende Fachkraft zur Verfügung steht. Beide Arbeitsweise haben aber nur die Aufgabe, alles aus dem Weg zu räumen, was die erzieherische Situation unnötig erschweren oder unmöglich machen würde.“<sup>240</sup> Sie formulierte zwar den Nutzen einer Psychotherapie, sah aber auch ihre Grenzen recht eng gezogen.

Auf der Station führte spätestens ab 1955 der Psychologe Dr. Richard Höllebauer „Psychotherapien“ durch, das ergibt sich aus den Krankenakten. Wie lange eine solche Sitzung dauerte, ist nicht bekannt.<sup>241</sup> Es finden sich in den betreffenden Krankenakten unterschiedlich lange – die Länge variiert von einer halben Seite bis drei Seiten –, mit der Schreibmaschine getippte Berichte, die teilweise auch Traumdeutungen beinhalteten. Die Einträge in den Fieberkurven – durch ein dickes „T“ gekennzeichnet –, die allerdings nur bis 1957 erfolgten, variieren zwischen ein- und 56mal, wobei beides Ausnahmen waren, das Gros bewegte sich zwischen fünf und 22 Sitzungen. Da auch in den Verlaufsprotokollen psychotherapeutische Sitzungen nur hin und wieder vermerkt sind, kann man nicht sagen, wie viele der Patientinnen und Patienten tatsächlich Psychotherapie erhielten.<sup>242</sup>

Im Untersuchungssample fanden sich bei 116 Patientinnen und Patienten<sup>243</sup> Hinweise auf die Durchführung von Psychotherapie(n), das sind 32,3 % des untersuchten Sample. Das bedeutet, dieser Anteil ist höher als derjenige der Psychopharmaka-Gaben.

Unter dem Begriff „Psychotherapie“ wurden folgende Bezeichnungen und Therapien subsumiert, die mit den Jahren zunahm: Psychotherapie, Hypnosetherapie und Einzelgespräche, Wachsuggestion (Autogenes Training), Suggestivtherapie, psychotherapeutische Behandlung, Spiel-, Bastel- und Lerntherapie mit Kurzberichten, Sitzungen, die in einem ausführlicheren „Gesprächsprotokoll“ endeten, tiefenpsychologische Therapie, ab 1984 Einzel- und Gruppentherapie, ab 1985/86 Verhaltenstherapie.

---

<sup>240</sup> Vogl: Die Kinderpsychiatrische Station, S. 39.

<sup>241</sup> Die Befragung einer ehemaligen Mitarbeiterin der Station, die allerdings erst ab 1976 dort beschäftigt war, ergab eine geschätzte Dauer von 45 bis 60 Minuten.

<sup>242</sup> In einigen Fällen konnte die psychotherapeutische Therapie aus den Arztbriefen bzw. Berichten an die Kostenträger entnommen werden.

<sup>243</sup> Plus einmal „Psychotherapie geplant“, und das bereits im Jahr 1949.

Durchgeführt wurden diese Therapien von dem bereits genannten Psychologen Dr. Höllebauer, von Frau Dr. Knöpfler<sup>244</sup>, Frau Dr. Rudisch und Herrn Dr. Übelhör. Weitere Therapeutinnen und Therapeuten sind namentlich nicht festgehalten.

Aus heutiger Sicht weisen laut Castell die Berichte über die durchgeführte Psychotherapie keine (Mindest-)Systematik, keinen Therapieplan, keine tiefgreifende Analyse und keine Hinweise auf die Schule, die dahinter steckt, auf. Für den Untersuchungszeitraum war die Psychotherapie allerdings hinsichtlich erforderlicher Standards noch nicht geregelt, es war trotz der Vorläufer (Freud u. a.) zumindest für die klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie ein neues Konzept. Zudem sagt die fehlende Systematik nichts darüber aus, wie diese Sitzungen für die Kinder und Jugendlichen gewesen sind.

### 9.2.2. Sonstige Therapien

Bei 59 Patientinnen und Patienten wurden Therapien erwähnt, die hier unter dem Begriff „sonstige“ zusammengefasst und von dem heilpädagogischen Personal (mit Ausnahme der Logopädin) durchgeführt wurden, das sind 16,3 % des untersuchten Samples. Darunter fallen: Sprechunterricht bzw. Logopädie (zu Anfang in der HNO-Abteilung des Krankenhauses), Lerntraining, Spiel- und Basteltherapie mit Erzieherinnen, Führen eines Wolkenkalenders bei Enuresis, motorische und Gleichgewichts-Übungen, Spiel- und Lerntraining, Spiel- und Lesetherapie, Führen eines sog. Einkoterheftes, legasthenische Übungen, Musikgymnastik, Beschäftigungstherapie mit Erzieherinnen, Entspannungstraining, Körpertherapie und ab 1985 die sog. Sozialbetreuung. Diese Therapien kamen sehr oft in Kombination mit Psychotherapie und medikamentöser Behandlung zur Anwendung.

Nicht mitgezählt sind die bereits erwähnten Orff- Spiele, weil diese nur hin und wieder ab den 1960er Jahren im „Verlauf“ erwähnt wurden, wenn dabei etwas als besonders bemerkenswert aufschien.

### 9.2.3. Einsatz sonstiger Hilfsmittel

Die sog. Klingelmatratze oder auch der sog. Bettnässerapparat als neues bzw. wiederentdecktes Konzept in der Enuresisbehandlung findet sich ganz selten erwähnt, und zwar dann, wenn das Kind deshalb in ein Einzelzimmer kam, damit die anderen Kinder nicht

---

<sup>244</sup> Die Ausbildung von Dr. Knöpfler und Dr. Rudisch konnte noch nicht eruiert werden.

geweckt würden, und diese Isolierung Folgen hatte, die erwähnenswert erschienen. Man kann aber davon ausgehen, dass sie häufiger zum Einsatz kam.<sup>245</sup> 1954 wurde einmal eine „Faradisation der Blase“ festgehalten, ohne dass die Methode ausgeführt wurde.

---

<sup>245</sup> Im März 1978 legte Ulrich Pöhl an der Universität Innsbruck eine Dissertation mit dem Titel „Ein Beitrag zur Erfassung und Behandlung des Bettnässens“ vor, die von Maria Nowak-Vogl mitbetreut wurde und in der er sich u. a. mit der apparativen Methode der Verhaltenstherapie gegen das Bettnässen beschäftigte. Ich danke Christine Hartig sehr herzlich für diesen Hinweis.

## 10. Bewertung der Ergebnisse

Die folgenden Ausführungen müssen so lange unter Vorbehalt formuliert werden, bis die Untersuchungen von anderen Kinderbeobachtungsstationen vorliegen. Dennoch können erste Einordnungen vorgenommen werden. Grundlage dafür ist der Abgleich der Untersuchungsergebnisse der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation mit den Ausführungen der zeitgenössischen Fachliteratur vor allem der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie mit anderen zeitgenössischen Quellen, wie beispielsweise hinsichtlich der Dosierung von Psychopharmaka die sog. „Roten Listen“. Bei dem Abgleich mit der Fachliteratur muss man bedenken, dass zwischen Diskussion und Praxis, wie hinreichend bekannt ist, große Lücken klaffen können, aber man weiß zumindest, was thematisiert oder diskutiert wurde, und was nicht.

Vorausgeschickt werden muss außerdem, dass auch eine als „repräsentativ“ verstandene Untersuchung nicht den Anspruch erheben kann, das subjektiv erlebte oder erinnerte Leid der Betroffenen abzudecken oder wiederzugeben. In ähnlicher Weise trifft dies auf die ebenfalls nicht quantifizierbaren und bislang eher unbekanntem bzw. (noch) nicht dokumentierten Fälle zu, die den Aufenthalt auf der Kinderbeobachtungsstation als hilfreich oder als nicht besonders einschneidend erlebt haben. Das bedeutet, dass eine kritische Würdigung der Arbeit der Station immer anfechtbar ist.

Trotz der genannten Vorbehalte möchte ich mich in aller Kürze an einer vorläufigen Beurteilung wagen. Mein bisheriger Eindruck ist, dass die Arbeit der Kinderbeobachtungsstation trotz sicherlich berechtigter Kritik in vielen Einzelfällen differenzierter betrachtet werden sollte.

Die einzelnen Gegenstände, die nun in den Blick genommen werden und von denen einige in der öffentlichen Diskussion skandalisiert wurden, umfassen den Charakter der Station und die zur Anwendung gekommenen Therapien, darunter vor allem die Gabe von Psychopharmaka und die Versuche mit Epiphysan.

### **Zum Charakter der Station**

Die Kinderbeobachtungsstation wurde im Untersuchungszeitraum unzweifelhaft von ihrer recht autonom agierenden Leiterin geprägt. Mitunter tauchte in der Diskussion über die

Station Irving Goffmans Begriff einer „Totalen Institution“ auf. Ich bin nicht davon überzeugt, dass diese Zuschreibung eins zu eins passt<sup>246</sup>, und würde dafür plädieren, vor einer solchen Kennzeichnung die betreffende Institution (noch) genauer zu untersuchen. Maria Nowak-Vogl gilt gleichwohl als die scheinbar alles beherrschende Person von der Aufnahme über die Eingangsuntersuchung bis zum Entlassungsgespräch und der Unterbringungsempfehlung. Dennoch kann man das Team der Beobachtungsstation durchaus als (zunehmend) multiprofessionell bezeichnen – so gehörte der Psychologe Dr. Robert Höllebauer<sup>247</sup> spätestens 1955, also schon sehr früh, zum Stationspersonal, er vertrat auch Maria Nowak-Vogl in Zeiten der Abwesenheit, insgesamt lag das letzte Wort jedoch sicher bei der Stationsleitung.

Die Kinder und Jugendlichen wurden nicht gefragt, ob sie auf die Station wollten. Auch wenn es damals (noch) nicht üblich war, die Betroffenen in die Aufnahmeentscheidung miteinzubeziehen, muss man diesen Aspekt berücksichtigen. So wenig ihr Einverständnis nötig schien, so wenig wussten sie, was auf sie zukommt und für wie lange. Das war beispielsweise bei der Heidelberger Station der psychiatrischen Universitätsklinik laut einer Veröffentlichung von 1961 anders. Dort wurde also viel früher Wert darauf gelegt, die Kinder und Jugendlichen vor der Aufnahme darauf vorzubereiten.

Zum Charakter der Station gehört die von befragten ehemaligen Patientinnen und Patienten beklagte allumfassende Beobachtung und Kontrolle während des Aufenthaltes, Symbol dafür war die Wechselsprechanlage, um Kinder abzuhören. Auch das Ausmaß des repressiven Verhaltens, angedrohte Strafen, eine Atmosphäre der Furcht und die rigide Regelung des Besuchs wurden mehrfach angeführt. In den Akten finden sich in den Einträgen zum Verlauf immer wieder Hinweise auf „strenge“ Ermahnungen, wenn sich die Kinder etwas zuschulden hatten kommen lassen. Es liegt nahe, dass es sich dabei um Einschüchterungsversuche handelte. In den Einträgen Nowak-Vogls zum Inhalt der Entlassungsgespräche mit den Kindern und Jugendlichen hielt sie vereinzelt ihre Drohungen fest, dass sie erfahren würde, wenn sich die Betreffenden in Zukunft nicht ordentlich verhielten, und dass dies

---

<sup>246</sup> Jens Gründler hat sich in seiner psychiatriegeschichtlichen Dissertation wie ich finde sehr differenziert mit Goffmanns (und Foucaults) These auseinandergesetzt und ihre Grenzen veranschaulicht. Vgl. Gründler, Jens: Armut und Wahnsinn. „Arme Irre“ und ihre Familien im Spannungsfeld von Psychiatrie und Armenfürsorge in Glasgow 1875-1921. München 2013, S.6-10.

<sup>247</sup> Über Höllebauer ist wenig bekannt. Er hat 1949 seine 65 Blätter umfassende Dissertationsschrift „Über seelische Kräfte“ an der Universität Graz eingereicht, taucht im Untersuchungssample das erste Mal 1955 auf und gehörte zum festen Personalstamm der Station.

Konsequenzen haben würde. Solche Drohungen, die für manche Kinder und Jugendlichen sicher angsteinflößend gewesen waren, gehörten zu einem autoritären und repressiven Erziehungsstil, der damals noch weit verbreitet war. Im Fall der Kinderbeobachtungsstation war eine solche Drohung im Übrigen gar nicht so weit hergeholt, da sich in manchen Akten Einträge aus der Zeit nach der Entlassung fanden, darunter sowohl Hinweise auf ein Abgleiten in spätere Kriminalität als auch auf eine (unerwartet) positive Entwicklung. Zum autoritären Erziehungsstil gehörte auch der berichtete Zwang, bei den Mahlzeiten alles aufessen zu müssen. Das war geradezu zeittypisch, wie man auch aus der Heimgeschichte und aus Kindheitserinnerungen weiß. In den Innsbrucker Akten fanden sich Hinweise, dass die Erziehrinnen darauf achten sollten, dass die Kinder zumindest etwas aßen, zum Teil wurde aber auch die Empfehlung gegeben, bis zu einem gewissen Ausmaß auf die Vorlieben der Kinder einzugehen.

Die Akten des Untersuchungssamples wurden gezielt auf Hinweise zu Strafen durchgesehen. Die selten dokumentierten Formen betrafen Isolierung im Turnsaal, Entzug des Nachtschises, Verrichtung von Extraarbeiten, Streichen von Vergünstigungen oder Freizeitaktivitäten. Ganz vereinzelt fand sich auch ein explizites Verbot, das Kind körperlich zu strafen, weil die Eltern darauf größten Wert gelegt hatten. Die Hausordnung der Station, über die bereits viel geschrieben wurde, beinhaltete die Regel, dass alle Strafen dokumentiert werden sollten, und dass jede Ohrfeige, „die an sich grundsätzlich zu vermeiden ist“, gemeldet werden müsse. Das heißt, die Möglichkeit dieser Form der Körperstrafe wurde zugegeben und es gab zumindest den Versuch, einen geregelten Umgang – nämlich die Meldung – damit zu finden.<sup>248</sup>

Zur ständigen Überwachung und Kontrolle der Kinder und Jugendlichen muss man bedenken, dass das im Prinzip zu einer Beobachtungsstation gehörte, die ja auch herausfinden sollte, wie sich die Kinder und Jugendlichen benehmen, wenn kein Stationspersonal anwesend war. Dazu gehörte auch die Kenntnis, wenn es zwischen den Kindern und Jugendlichen zu Gewalt kam. Dabei muss aber auch festgehalten werden, dass Ausmaß und Art von Kontrolle zumindest nach heutigen Maßstäben reflektiert und eingeschränkt werden müssten, insbesondere dann, wenn dies von den Kindern als traumatisch oder entwürdigend erlebt werden kann.

---

<sup>248</sup> In den Heimen, die ich für die Nachkriegszeit untersucht habe, war dies nur in Ausnahmefällen der Fall.

Zum therapeutischen Kontakt bzw. zur therapeutischen Beziehung zwischen Maria Nowak-Vogl und den Kindern und Jugendlichen finden sich kaum Aussagen in den Akten außer im Zusammenhang mit dem bereits erwähnten Abschlussgespräch. In der Regel führte sie mit den Eltern, die ansonsten wenig in die Behandlung einbezogen wurden, Abschlussgespräche durch, bei denen sie auch Tipps für die Erziehung bzw. Ratschläge oder Empfehlungen für den zukünftigen Umgang mit den Kindern und Jugendlichen gab. Die Notizen zu diesen Gesprächen beinhalten mitunter auch Kritik an berufstätigen Müttern, die offensichtlich nicht zu Nowak-Vogls Lebensentwürfen passten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Atmosphäre auf der Station, auch aufgrund des sehr begrenzten Raumes, der praktisch keine Rückzugsmöglichkeiten bot, für sehr viele, wenn nicht die meisten Kinder und Jugendlichen in hohem Maße unerfreulich, für viele schrecklich war. Andererseits fand aber auch etwas mit ihnen statt. Sie wurden therapiert, sie erhielten Schulunterricht, es wurde gebastelt, gespielt und gesungen, auch die kirchlichen Feste wurden begangen. Mit Ausnahme der ärztlichen Therapie gehörten die genannten Aktivitäten allerdings überwiegend zum Aufgabenbereich der Lehrerinnen, Erzieherinnen und Erzieher, die den meisten Kontakt mit den Kindern und Jugendlichen hatten. Maria Nowak-Vogls Verhalten bleibt in den Akten sehr ambivalent. Es finden sich Beispiele für ein sehr großes Engagement bei manchen Kindern, in anderen Fällen wiederum hat man den Eindruck, dass sie sich nicht in erster Linie ihren Patientinnen und Patienten verpflichtet fühlte, sondern eher die Interessen der Heime oder Jugendämter wahrte. Das kennt man aus der Heimgeschichte, in der es ja auch um Kinder ging, die eigentlich eines besonderen Schutzes, einer besonderen Fürsorge bedurft hätten, dies jedoch kaum handlungsleitend war.

Hinsichtlich der **Gabe von Psychopharmaka** muss festgehalten werden, dass diese seit den 1950er Jahren in der Psychiatrie sehr begrüßt wurden und einen immer größeren Stellenwert einnahmen.<sup>249</sup> Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verbanden sich mit der Einführung von Psychopharmaka große Hoffnungen, die aber bald ebenfalls relativiert werden mussten. Die folgenden Äußerungen des Kinderpsychiaters Gerhardt Nissen aus dem Jahr 1970 können stellvertretend für eine weit verbreitete zeitgenössische Haltung stehen. „Die modernen Psychopharmaka bedeuten auch für die Kinderpsychiatrie eine Bereicherung des

---

<sup>249</sup> Vgl. Balz: Zwischen Wirkung und Erfahrung.



Arzneischatzes. Sie können [...] in günstigen Fällen entwicklungsfördernde Impulse setzen und Veränderungen der Stimmungs- und Antriebslage bewirken.“ Ihre Anwendung sei gleichwohl nicht „immer ungefährlich“ und erfordere ständige ärztliche Überwachung. „Zudem hat sich herausgestellt, daß einige Pharmaka bei Kindern eine andere Wirkung als bei Erwachsenen entfalten“. Diese Mittel, richtig ausgewählt und dosiert, könnten „dem Kind über Stunden und Tage Erleichterungen verschaffen, die notwendig sind, um ihm über Krisen hinwegzuhelfen. Sie lösen jedoch niemals die eigentliche psychische Konfliktsituation und können nur in Einzelfällen den Weg in die Psychotherapie oder Heilpädagogik öffnen, wenn dieser durch unüberwindliche Hemmungen oder Verkrampfungen von seiten des Kindes versperrt ist.“<sup>250</sup>

Die quantitative und qualitative Gabe von Psychopharmaka auf der Kinderbeobachtungsstation erweckt trotz der festgestellten Steigerung nicht den Eindruck, dass ihr eigentlicher Zweck eine massive Ruhigstellung der Kinder und Jugendlichen war, wie der Vorwurf einiger ehemaliger Patientinnen und Patienten lautete. Es waren nämlich nicht lediglich die als „erziehungsschwierig“ eingestuften Kinder und Jugendlichen, die in erster Linie Psychopharmaka bekamen, sondern vor allem Kinder mit Kampfleiden (Epilepsien) und mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen, wie Psychosen oder Schizophrenien, wie Anhang D zeigt. Eine andere Häufung betrifft die Gabe von Psychopharmaka bei Depressionen oder depressiven Verstimmungen. Da bislang keine Untersuchungen über die qualitative und quantitative Verabreichung von Psychopharmaka auf anderen psychiatrischen Kinderstationen vorliegen, kann man die Innsbrucker Maßnahmen leider noch nicht vergleichen.

Bedacht werden muss außerdem, dass Dosierungsfragen und die Wahl der Mittel bis in die 1980er Jahre hinein noch im Fluss waren bzw. im Einzelfall einfach ausprobiert wurden, da es kaum (dokumentierte) Erfahrungswerte gab und pharmakologische Versuche (spätestens) seit der Deklaration von Helsinki 1964 zumindest als ambivalent empfunden wurden, was für Kinder und Jugendliche noch viel mehr galt.<sup>251</sup> Gleichwohl hat es, wie bereits erwähnt,

---

<sup>250</sup> Nissen, Gerhardt: Moderne Behandlungsmethoden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 19 (1970), S. 161-165, hier S. 162.

<sup>251</sup> Zeitgenössische Kritik an solchen Studien ohne Einwilligung der Eltern findet sich bei dem Psychiater Asmus Finzen in einer Veröffentlichung aus dem Jahr 1969. Diesen Hinweis verdanke ich der Studie von Wagner: Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte, S. 64f.

Arzneimittelstudien an diesen Altersgruppen gegeben, die, wenn sie in den Fachzeitschriften veröffentlicht wurden, auf keine Kritik stießen.<sup>252</sup>

Gewertet werden sollte daneben, dass sich die Behandlung auf der Innsbrucker Station nicht auf Psychopharmaka beschränkte, sondern auch andere Therapien zur Anwendung kamen, und diese sogar recht früh.

### **Zum Vorwurf der Therapieversuche (Epiphysan)**

Maria Nowak-Vogl wurde im Zusammenhang mit der Gabe des Epiphysan der Vorwurf gemacht, sie habe an den Kindern und Jugendlichen (illegale) Experimente durchgeführt.<sup>253</sup> Mit diesem Vorwurf hat sich bekanntlich schon der „Bericht der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission“ zur Kinderbeobachtungsstation unter der Leitung von Maria Nowak-Vogl auseinandergesetzt.<sup>254</sup> Dass sie damit individuelle Therapieversuche vorgenommen hat, wurde in dem entsprechenden Kapitel genauso dargestellt wie die Tatsache, dass solche Versuche im Untersuchungszeitraum wegen fehlender gesetzlicher Regelung nicht illegal waren. Das war in der Bundesrepublik Deutschland nicht anders. So wurden im bedeutendsten Publikationsorgan der Kinder- und Jugendpsychiatrie, „*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*“ zwischen der ersten Ausgabe 1952 und 1980 neun Artikel gefunden, die, 1965 beginnend, über Therapieversuche mit unterschiedlichen Mitteln, meist Psychopharmaka, berichteten.<sup>255</sup> Mittlerweile ist deutlich geworden, dass Therapieversuche

---

<sup>252</sup> Vgl. Wagner: Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte.

<sup>253</sup> Ein weiterer Vorwurf betraf angebliche Experimente mit Röntgenstrahlen, die aufgrund der Krankenakten nicht nachvollzogen werden konnten, zumal auf der Station mit ziemlicher Sicherheit kein Röntgenapparat zur Verfügung stand.

<sup>254</sup> Siehe in Kap. 10 Exkurs: Epiphysan die beiden Beiträge Berger, Ernst: Die Epiphysan-„Therapie“ bei Nowak-Vogl und Sperk, Günther: Pharmakologische Beurteilung des Präparats Epiphysan. In: Bericht der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission: Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl 11. November 2013, S. 61-64 und S. 64-69.

<sup>255</sup> Casparis, Lil: Indikationsbereich von Chlordiazepoxyd (Librium) und einiger anderer Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. In: *Acta Paedopsychiatrica* 29 (1962), S. 129-151. Da alle im Weiteren aufgeführten Artikel in der Zeitschrift *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* erschienen, werden nur der Band und das Jahr sowie die Seitenzahlen genannt: Jacobs, Rolf: Ein Wort zur Pharmakotherapie anstaltsgebundener geistig-seelisch behinderter Kinder, 14 (1965), S. 312-316; Bleckmann, K. H.: Erfahrungsbericht über die Anwendung von Pyriothioxin in der Kinderpraxis (unter spezieller Berücksichtigung der Erfahrungen im Rahmen einer Erziehungsberatung), 14 (1965), S. 316-317; Jacobs, Rolf: Erfahrungen mit Haloperidol in der pädopsychiatrischen Anstaltspraxis, 15 (1966), S. 67-60; Bönisch, Erhard: Erfahrungen mit Pyriothioxin bei hirngeschädigten Kindern mit autistischem Syndrom, 17 (1968), S. 308-310; Jacobs, Rolf: Über die Neuroleptica Atosil und Aolept in der pädopsychiatrischen Landeskrankenhauspraxis, 18 (1969), S. 149-152; Müller, Peter: Zur Wirkung von Methylphenidat bei Kindern mit erethischem Syndrom, 20 (1971), S. 71-74; Ritzel: Zur Antiandrogentherapie, 20 (1971), S. 165-169; Mangold, Burkart: Medikamentöse Behandlung des Minimal-Brain-Dysfunction-Syndroms (Eine klinische Studie mit Captagon), 24 (1975), S. 185-190.

und Arzneimittelstudien viel häufiger durchgeführt wurden, als bekannt war. So liegen zwei Studien zu Medikamentenversuchen mit Kindern und Jugendlichen nach 1945 vor, eine für die Bundesrepublik<sup>256</sup>, eine für die Schweiz in der Erwachsenenpsychiatrie<sup>257</sup>. Die Kenntnis dieser Sachverhalte führt dazu, dass sich der begründeten Forderung, hier mehr Forschung zu betreiben, immer mehr Institutionen und Körperschaften öffnen.

Dass dem Untersuchungssample zufolge die Epiphysan-Injektionen kein großes Ausmaß angenommen zu haben scheinen, Nowak-Vogl mit der Epiphysan-Gabe nicht gegen bestehendes Recht handelte, sondern sich mit damit in einem Graubereich befand und offen über diese Therapie bzw. ihre Therapieversuche berichtete<sup>258</sup>, soll nicht in Abrede stellen, dass betroffene ehemalige Kinderpatientinnen und -patienten die Gabe in Einzelfällen bzw. retrospektiv als gravierenden Eingriff bzw. als Strafmaßnahme erlebten und sich dadurch als geschädigt empfinden.

An dieser Stelle sollen ein paar kurze Bemerkungen zur zeitgenössischen Haltung der Sexualität gegenüber hinzugefügt werden. Räumlich und zeitlich kann die Station bzw. ihre Leiterin in einem katholisch-repressiven Milieu verortet werden, das Onanie und Geschlechtsverkehr von Kindern und Jugendlichen, Letzteres vor allem bei Mädchen, sehr kritisch sah und den sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen weitgehend ignorierte. Wie bereits im Kapitel zur Epiphysan-Verabreichung angeführt, war sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen auch für die Kinder- und Jugendpsychiater bis zum Ende der 1970er Jahre kein Thema, überhaupt taucht das Thema Sexualität bei diesen Altersgruppen in den Fachzeitschriften kaum auf. Die wenigen Ausnahmen betrafen die Onanie<sup>259</sup> und die Frage der Glaubwürdigkeit von Aussagen von Mädchen, die ihre Väter der damals so genannten „Blutschande“ bezichtigten. Letzteres wurde als Problem wahrgenommen, weil sich die (Kinder- und Jugend)Psychiater dazu als Gutachter bei

---

<sup>256</sup> Wagner: Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte, S. 61-113.

<sup>257</sup> German, Urs: Medikamentenprüfungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel 1953-1980. Pilotstudie mit Vorschlägen für das weitere Vorgehen. [http://www.upkbs.ch/ueberuns/medien/medienmitteilungen/Documents/Bericht\\_Medikamentenpruefungen\\_PUK\\_Basel\\_1953-1980.pdf](http://www.upkbs.ch/ueberuns/medien/medienmitteilungen/Documents/Bericht_Medikamentenpruefungen_PUK_Basel_1953-1980.pdf), zuletzt aufgerufen am 7.4.2017.

<sup>258</sup> Zudem waren niedergelassene Ärzte bereit, die Epiphysan-Therapie ambulant weiter zu führen.

<sup>259</sup> Vgl. Battenberg, Ludwig: Untersuchungen über die männliche Onanie des Pubertätsalters. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 6(1957), S. 47-54. Die Ausführungen beziehen sich vor allem auf Statistiken des Jahres 1939!

Gerichtsprozessen äußern sollten.<sup>260</sup> Die Unterdrückung des Sexualtriebs wurde seit den späten 1960er Jahren möglich durch eine Antiandrogentherapie.<sup>261</sup> 1971 findet sich zur Anwendung dieses Wirkstoffs in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Artikel in der Fachpresse, der über bisherige Ergebnisse berichtet.<sup>262</sup>

### *Fazit*

Ich möchte meinen Eindruck folgendermaßen zusammenfassen: Trotz aller, vor allem retrospektiv geübter Kritik an den Zuständen auf der Kinderbeobachtungsstation und am Umgang von Maria Nowak-Vogl mit den ihr anvertrauten Kindern und Jugendlichen, deren Berechtigung nicht in Abrede gestellt werden soll, muss man auch die Zeitumstände berücksichtigen, die bestimmte therapeutische Vorgehensweisen zeitgenössisch wenn auch nicht als „regelmäßig“ – zumal es damals insgesamt an „Regeln“ für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen weitgehend fehlte, so doch auch nicht als Unrecht erscheinen lassen, auch, weil Alternativen noch nicht zur Verfügung standen und sich das kritische Bewusstsein bestimmten Therapien und Bedingungen gegenüber frühestens seit dem Ende der 1960er Jahre langsam zu entwickeln begann. Schlussendlich kann man die Kinderbeobachtungsstation unter Maria Nowak-Vogl erst dann wirklich bewerten, wenn die Analysen der Krankenakten anderer kinderpsychiatrischer Einrichtungen vorliegen.

---

<sup>260</sup> Als Beispiel: Müller, Richard G.: Zur Frage der Glaubwürdigkeit von Mädchen, die ihre Väter der Blutschande bezichtigen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 7 (1958), S. 298-300.

<sup>261</sup> So heißt es, dass Ursula Laschet 1967 als eine der ersten über die Antiandrogentherapie bei Männern berichtet habe. Vgl. David, Matthias; Ebert, Andreas D. (Hrsg.): Geschichte der Berliner Universitätsfrauenklinik. Strukturen, Personen und Ereignisse in und außerhalb der Charité. Berlin; New York 2010, S. 150. Darüber hat Laschet auch selbst bei der Herstellungsfirma Schering publiziert, siehe: Laschet, Ursula: Die Behandlung männlicher Sexualdeviationen: 20 Jahre Erfahrungen mit Androcur. Vortrag am 13. Oktober 1986 in Berlin. Berlin, Schering 1988.

<sup>262</sup> Ritzel, Günther: Zur Antiandrogentherapie mit Cyproteronacetat in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 20 (1971), S. 165-169.

## 11. Zukünftige Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Beobachtungsstationen

Am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Düsseldorf wird seit 2014 im Rahmen eines Projekts zum Thema „Lebensverhältnisse ehemaliger Heimkinder in der Psychiatrie und Behindertenhilfe“ von 1945 bis in die 1970er Jahre auch die Bonner Kinderpsychiatrie in den Blick genommen<sup>263</sup>, erste Ergebnisse für die direkten Nachkriegsjahre liegen bereits vor<sup>264</sup>. Mit der Bearbeiterin Dr. Silke Fehleemann und dem Bearbeiter Dr. Frank Sparing bin ich in Kontakt. Seit Frühjahr 2016 sitzt Fabia Popken an ihrer Masterarbeit zur Kinderbeobachtungsstation Bremen. Mit ihr ist verabredet, dass wir unsere Ergebnisse vergleichen, wenn sie soweit ist. Maïke Rotzoll hat, wie schon erwähnt, mit einer Untersuchung der Kinderbeobachtungsstation Klingenmünster begonnen, und für die Kinderbeobachtungsstation in der württembergischen Weissenau, die eine sehr gute Überlieferung der Akten aufweist, ist ein Forschungsprojekt von Klaus Schepker geplant. Alle diese Projekte analysieren auch Krankenakten. Sowie hierzu Forschungsergebnisse vorliegen, ist ein Abgleich mit der Innsbrucker Station möglich. Dieser ist umso wünschenswerter, als die genannten Projekte ganz unterschiedlich ausgerichtete psychiatrische Kinderstationen beinhalten.<sup>265</sup> Dann kann man die Unterschiede, Überschneidungen oder Ähnlichkeiten dieser Einrichtungen gut herausarbeiten und daraufhin jede einzelne Station noch einmal differenzierter beurteilen.

Da die Hinweise auf Forschungslücken zu Kindern und Jugendlichen in der Psychiatrie und in Behinderteneinrichtungen zwischen 1949 und 1990 mittlerweile so dicht geworden sind, haben das deutsche Bundesgesundheits- und Bundesarbeitsministerium im März 2017 ein großes Forschungsprojekt mit einer Gesamtsumme von 900.000 Euro zur „Wissenschaftlichen Aufarbeitung Leid und Unrecht an Kindern und Jugendlichen 1949 bis 1975 (BRD) bzw. 1949 bis 1990 (DDR) in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe oder der Psychiatrie“ ausgeschrieben. Dessen Ergebnisse können sicherlich auch zu Vergleichen mit der Innsbrucker Station herangezogen werden.

---

<sup>263</sup> Vgl. <http://www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/institute/institut-fuer-geschichte-theorie-und-ethik-der-medicin/forschung/forschungsprojekte/lvr-projekt-heimkinder-psychiatrie/>

<sup>264</sup> Vgl. Fehleemann/Sparing/Vögele: Kindheit, Krankheit, Krieg.

<sup>265</sup> So gilt, wie erwähnt, die Bremer Einrichtung im Vergleich mit der Innsbrucker als sehr liberal.

## 12. Anhänge

### **Anhang A.: Auswahl von Themen in kinder- und jugendpsychiatrischen Fachzeitschriften in chronologischer Reihenfolge**

Die folgenden Farbmarkierungen stehen für die Veröffentlichung in den jeweiligen Fachzeitschriften, um den Anhang mit wiederkehrenden Angaben nicht zu überfrachten:

Schwarz: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 1952 bis 1990 (PKP)

Rot: *Acta Paedopsychiatrica* 1960-1982 (AP)

Grün: *Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete* 1956-1969 (JbJP)

Lila: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 1973-1980 (ZsKJP)

1 (1952)

- Vogl, Maria: Problematik der Testverfahren. In: PKP, S. 215-217.

2 (1953)

- Vogl, Maria: Das Janusgesicht der Pädagogik. In: PKP, S. 225-229.

3 (1954)

- Brezinka, W.: Die Stellung der Pädagogik im Erziehungsnotstand unserer Zeit. In: PKP, S. 177-181.
- Vogl, Maria: Das hartnäckige Leugnen bei Kindern. In: PKP, S. 200-205.
- Neuhaus, Wilhelm: Das Hilfsschulkind. In: PKP, S. 213-223.
- Wohlwend, Alfred: Erzieher oder Methodiker? Gedanken zum Aufsatz „Das Janusgesicht der Pädagogik“. In: PKP, S. 227-231.

4 (1955)

- Vogl, Maria: Neurotische Schlafstörungen im Kindesalter. In: PKP, S. 33-37.
- Fischle-Carl: Ein Beitrag zur Kasuistik schlafgestörter Kinder. In: PKP, S. 37-40.
- Ringel, E.; Spiel, W.; Stephan M.: Untersuchungen über kindliche Selbstmordversuche. In: PKP, S. 161-168.

5 (1956)

- Freudenberg, Dorothea: Gruppentherapie mit Kindern. In: PKP, S. 81-87.

6 (1957)

- Battenberg, Ludwig: Untersuchungen über die männliche Onanie des Pubertätsalters. In: PKP, S. 47-54.
- Pietrowicz, Bernhard: Die Unterscheidung von Schulunreife und Entwicklungshemmung. In: PKP, S. 128-133.
- Vogl, Maria: Differentialdiagnose und Therapie der kindlichen Hypersexualität. In: PKP, S. 164-167.
- Straube, Wolfgang: Zur Psychopathologie jugendlicher weiblicher Fortläufer. In: PKP, S. 167-170.
- Bleckmann, K. H.: Überforderte Kinder. In: PKP, S. 273-277.

7 (1958)

- Müller, Richard G.: Zur Frage der Glaubwürdigkeit von Mädchen, die ihre Väter der Blutschande bezichtigen. In: PKP, S. 298-300.
- Wolffheim, Nelly: Kinder aus Konzentrationslagern. In: PKP, S. 302-312.

8 (1959)

- Wolffheim, Nelly: Kinder aus Konzentrationslagern. In: PKP, S. 20-27, 59-71.
- Vogl, Maria: Eine heilpädagogische Studie über die Gemeinschaftsunfähigkeit. Teil I: Psychologie der Gemeinschaftsunfähigkeit. In: PKP, S. 149-155. Teil II: Zur Heilpädagogik der Gemeinschaftsunfähigkeit. In: PKP, S. 180-189.
- Eller, H.; Weber, A.: Zur Frage des Schulschwänzens. In: PKP, S. 170-172.

2 (1960)

- Zeller, Wilfried: Über biologische Voraussetzungen psychosexueller Abartigkeiten bei Jugendlichen. In: JbJP, S. 22-32.

10 (1961)

- Gutzeit, Lore Marie: Vergleich der diagnostischen Möglichkeiten beim Sceno-Test und beim Welt-Test. In: PKP, S. 87-93.

11 (1962)

- Müller-Küppers, M.: Zur beruflichen Stellung des Kinderpsychiaters und seiner Mitarbeiter unter besonderer Berücksichtigung der stationären Kinderpsychiatrie. In: PKP, S. 247-251.

29 (1962)

- Scarinci, Adele: Betrachtungen über einige psychopathologische Züge der beginnenden Schizophrenie. In: AP, S. 65-76.
- Spiel, W.: Die Mitarbeiter des Kinderpsychiaters, ihre Aus- und Fortbildung. In: AP, S. 97-110.
- Szewczyk, Hans: Die Mitarbeiter des Jugendpsychiaters und die Methodik der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: AP, S. 110-116.
- Casparis, Lili: Indikationsbereich von Chlordiazepoxyd (Librium) und einiger anderer Psychopharmaka im Kinder- und Jugendalter. In: AP, S. 129-151.
- Tramer, M.: Childhood Schizophrenia as a Problem of Nosology. In: AP, S. 337-342.
- Niedermeyer, K.: Ursachen mütterlicher Kindesmißhandlungen. In: AP, S. 375-385.

3 (1962)

- Vogl, M.: Zur Pädagogik des Widerrufs kindlicher Zeugenaussagen. In: JbJP, S. 111-115.

12 (1963)

- Müller-Küppers, M.: Zur Technik der Anamneseerhebung. In: PKP, S. 86-90.

30 (1963)

- Wurst, F.: Jugendverwahrlosung im Zeichen der sozialen und wirtschaftlichen Umstrukturierung auf dem Lande. In: AP, S. 367-386.

13 (1964)

- Walker, Anneliese E.: Spezielle Probleme bei verwahrlosten und verhaltensgestörten Mädchen. In: PKP, S. 23-29.
- Strunk, P.: Jugendliche Enuretiker. In: PKP, S. 87-90.
- Ockel, H. H.: Zur Formulierung der Diagnose bei Erkrankungen und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter. In: PKP, S. 221-231.

31 (1964)

- Seebandt, G.: Zwanghaftes Erbrechen beim Schulkind. Ein kasuistischer Beitrag zur Phänomenologie und Therapie der Zwangsneurose. In: AP, S. 203-209.

14 (1965)

- Jacobs, Rolf: Ein Wort zur Pharmakotherapie anstaltsgebundener geistig-seelisch behinderter Kinder. In: PKP, S. 312-316.
- Bleckmann, K. H.: Erfahrungsbericht über die Anwendung von Pyriithoxin in der Kinderpraxis (unter spezieller Berücksichtigung der Erfahrungen im Rahmen einer Erziehungsberatung). In: PKP, S. 316-317.

32 (1965)

- Stockert, F, G, von: Faktoren des Symptomwandels in der Kinderpsychiatrie. In: AP, S.139-146.
- Müller-Küppers, M.: Dokumentation und Datenverarbeitung in der Kinderpsychiatrie. In: AP, S. 171-181.
- Zulliger, Hans: Psychologische Tests und Psychotherapie bei Jugendlichen. In: AP, S. 353-364.

#### AP Supplementum

- Psychopharmakologie im Kindesalter
- Lutz, J.: Zur Einführung
- Moor, P.: Die Bedingungen der normalen Entwicklung des Kindes
- Corboz, R. J.: Klinische Erfahrungen mit Psychopharmaka im Kindesalter
- Taeschler, M.; Loew, D.: Zur Pharmakologie der in der Kinderpsychiatrie gebräuchlichen psychotropen Medikamente
- Lutz, J.: Gedanken zur Psychopharmakotherapie im Kindesalter
- Feldmann, H.: Avantages et inconvenients des médicaments en neuropsychiatrie infantile
- Lecomte, S.; Orval, J.: Analyse de l'action du chlordiazépoixide (Librium) sur les compartements d'enfants inadaptes
- Lutz, J.: Melleril bei charakterlich verschiedenartigen schwer Schwachsinnigen
- Majdecka, A.: Ergebnisse der Anwendung von Melleril bei ambulant behandelten Kindern

15 (1966)

- Jacobs, Rolf: Erfahrungen mit Haloperidol in der pädopsychiatrischen Anstaltspraxis. In: PKP, S. 67-70.

16 (1967)

- Kos, M.; Lankers-Dunhofer, M.: Therapeutische Möglichkeiten und ihre Grenzen beim kindlichen Einnässen. In: PKP, S. 19-21, 51-56.
- Hopmann, Werner: Neuregelung der Ausbildung von Psychagogen in Berlin. In: PKP, S. 147-150.
- Hopmann, Werner: Berliner Neuordnung der Ausbildung für sozialpädagogische Berufe. In: PKP, S. 150-155.
- Hopmann, Werner: Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Handeln und in der Ausbildung des Caseworkers, Psychagogen und außerschulischen Heilpädagogen. In: PKP, S. 213-233.

5 (1967)

- Vogl, M.: Katamnestische Erhebungen bei sexuellen Verhaltensstörungen im Kindesalter, S. 98-103.
- Stutte, Hermann: Soziale Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: JbJP, S. 173-185.

6 (1967)



- Lempp, Reinhardt: Die Bedeutung der Situation in der Familie für Entstehung und Art psychischer Störungen im Kindesalter. In: JbJP, S. 71-77.
- Held, Fritz: Zur Organisation jugendpsychiatrischer Aufgaben. In: JbJP, S. 195-200.
- Müller-Küppers, M.: Arbeits- und Führungsstil einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung. In: JbJP, S. 201-215.

17 (1968)

- Burger, Robert: Werden unsere Kinder intelligenter? Wir brauchen neue Tests. In: PKP, S. 52-55.
- Knöll, Harry: Psychagogik – Gedanken zur Begriffsbestimmung. In: PKP, S. 155-157.
- Bönisch, Erhard: Erfahrungen mit Pyriethoxin bei hirngeschädigten Kindern mit autistischem Syndrom. In: PKP, S. 308-310.

35 (1968)

- Asperger, Hans: Zur Differentialdiagnose des kindlichen Autismus. In: AP, S. 136-145.
- Huber, E. G.: Psychologische Aspekte der kindlichen Fettsucht. In: AP, S. 290-294.
- Stutte, H.: Der Ausbildungsstoff des Kinderpsychiaters. In: AP, S. 333-336.

18 (1969)

- Jacobs, Rolf: Über die Neuroleptica Atosil und Aolept in der pädopsychiatrischen Landeskrankenhauspraxis. In: PKP, S. 149-152.

36 (1969)

- Herzka, H. S.: Symptomatologie und Pharmakotherapie der Bewegungsunruhe erethischer Kinder. In: AP, S. 90-93.
- Friedemann, A.: Süchtigkeit im Kindes- und Jugendalter. In: AP, S. 274-278.
- Ansell, Anna-Lisa: Manic-depressive Illness in Children and the Effect of Treatment with Lithium Carbonate. In: AP, S. 292-301.
- 7 (1969)  
Corboz, Robert: Probleme der heutigen Jugend. In: JbJP, S. 21-39.
- Wewetzer, Karl-Hermann: Probleme der Beurteilung von Intelligenzleistungen durch Pädagogen und Psychologen. In: JbJP, S. 59-73.

19 (1970)

- Knöll, Harry; Zauner, Johann: Die Beteiligung des Stationsteams an der analytischen Kinderbehandlung in der Klinik. In: PKP, S. 33-37.
- Matejcek, Zdenek; Langmeier, Josef: Folgen frühkindlicher Deprivation bei Anstaltskindern. In: PKP, S. 85-89.
- Nissen, Gerhardt: Moderne Behandlungsmethoden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: PKP, S. 161-165.
- Schindler, Sepp: Einige Probleme der Behandlung straffälliger Jugendlicher. In: PKP, S. 230-233.

37 (1970)

- Huessy, Hans R.; Wright, Alice L.: The Use of Imipramine in Children's Behavior Disorders. In: AP, S. 194-199.
- Knobel, Mauricio: Die Anwendung von Psychopharmaka bei Kindern und Jugendlichen. In: AP, S. 200-212.
- Lesser, Leonard I.: The Children's Psychopharmacology Clinic: Its Role Within a Total Program for Children's Psychiatric Services. In: AP, S. 212-222.
- Krevelen, Arn. van; Maresca, A.; Schreurs-Dijkstra: Evaluation of Tegretol in the Treatment of Behaviour Disorders in Children. Methodology and Results. In: AP, S. 222-234.

20 (1971)

- Kehrer, H. E.; Neugebauer, U.: Ein klinischer Diagnoseschlüssel für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: PKP, S. 8-13.
- Müller, Peter: Zur Wirkung von Methylphenidat bei Kindern mit erethischem Syndrom. In: PKP, S. 71-74.
- Sluga, Willibald: Aktuelle Aspekte des Suchtmittelgebrauchs bei Jugendlichen. In: PKP, S. 141-145.
- Ritzel, Günther: Zur Antiandrogentherapie mit Cyproteronacetat in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine Übersicht über bisherige Erfahrungen. In: PKP, S. 165-169.

38 (1971)

- Müller-Küppers, M.: Zur Dipiperon-Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Ambulanz. In: AP, S. 40-46.
- Krevelen, Arn. van: Observations about the Use of Psychopharmaca in Child Psychiatry, S. 47-59.
- Weinschenk, Curt: Definition, Symptomatik, Diagnose und Therapie der erblichen Lese-Rechtschreib-Schwäche. In: AP, S. 111-118.
- Kluge, Karl-J.: Einleitung von Verhaltensänderungen depressiver Schüler durch ein spieltherapeutisches Verfahren. In: AP, S. 221-227.
- Richter, Horst-Eberhard: Familienneurosen. In: AP, S. 300-315.

21 (1972)

- Nissen, Gerhardt: Der Psychagoge in der kinderpsychiatrischen Klinik. In: PKP, S. 10-12.
- Knöll, Harry: Zur Funktion und Technik der Anleitung (Supervision) von Mitarbeitern. In: PKP, S. 204-206.

22 (1973)

- Stegat, Harry: Die Verhaltenstherapie der Enuresis. In: PKP, S. 199-208.
- Knöll, Harry: Bemerkungen zur stationären Psychotherapie Jugendlicher und erste Erfahrungen mit einer besonders zusammengestellten Stationsgruppe. In: PKP, S. 290-294.

40 (1973)

- Kehrer, H. E.: Verhaltenstherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: AP, S. 58-65.
- Hennig, H.; Voigt, M.: Zur Psychotherapie übermässig ängstlicher und phobischer Kinder und Jugendlicher. In: AP, S. 157-168.
- Biermann, I.; Pflug, B.: Ein Fall kindlicher Zykllothymie mit besonderer familiärer Belastung. In: AP, S. 196-293.

23 (1974)

- Mangold, Burkart; Seidl, Josef E.: Der Suicidversuch als Kinderpsychiatrischer Notfall. In: PKP, S. 233-240.

24 (1975)

- Frießen, Dieter H.: Jugendliche aus „Gastarbeiter“-Familien. In: PKP, S. 7-10.
- Honffy, Maria; Bachlehner, Marianne: Gruppenarbeit an der Pädagogisch-Psychologischen Beratungsstelle in Innsbruck. In: PKP, S. 74-77.
- Mangold, Burkart (Innsbruck): Medikamentöse Behandlung des Minimal-Brain-Dysfunction-Syndroms (Eine klinische Studie mit Captagon). In: PKP, S. 185-190.
- Mangold, Burkart (Innsbruck): Psychotherapie der sekundären psychogenen Problematik beim Minimal-Brain-Dysfunction-Syndrom. In: PKP, S. 232-237.

25 (1976)

- Biermann, Gerd; Kos-Robes, Marta: Der Hausbesuch im Rahmen der Kinderpsychotherapie. In: PKP, S. 206-209.
- Schmid, Peter: Über die Fragwürdigkeit der Diagnose „Psychopathie“. In: PKP, S. 227-234.
- Honffy, Maria; Bachlehner, Marianne: Gruppenarbeit als Verhaltensmodifikation mit Schulkindern an der Pädagogisch- Psychologischen Beratungsstelle in Innsbruck. In: PKP, S. 259-264.

4 (1976)

- Nowak-Vogl, M.: Psychosomatik und Heilpädagogik. In: ZsKJP, S. 124-135.
- Nowak-Vogl, M.: Lebensbedrohlich erscheinende Herzanfalle mit tetanischen Zeichen bei einem 14jährigen Mädchen. In: ZsKJP, S. 185-179.
- Nowak-Vogl: Encephalitis-ähnliches Zustandsbild bei einem 13jährigen Mädchen. In: ZsKJP, S. 180-188.

26 (1977)

- Schröfl, Sylvia: Zur Anwendung des Patte Noire Tests bei Kindern. In: PKP, S. 184-193.
- Gruber, Josef: Das Schicksal psychotischer Kinder in den Institutionen (Familien, Schule, Krankenhaus). In: PKP, S. 294-297.

27 (1978)

- Krisch, Karl; Erhard, Rotraut: Einige kritische Überlegungen zur Verhaltenstherapie bei Kindern. In: PKP, S. 60-63.
- Schmid, Peter: Vom erzieherischen Wert der Legasthenietherapie. In: PKP, S. 64-72.
- Hess, Th. (Zürich): Die Fremdunterbringung verhaltensgestörter Kinder. In: PKP, S. 300-308.

6 (1978)

- Remschmidt, H. Die „Psychopathie“ in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: ZsKJP, S. 280-301.

28 (1979)

- Schüpp, Dieter: „Verwahrlosung“ und Lebensbewahrung. Eine Untersuchung über die Wirksamkeit öffentlicher Erziehung bei „verwahrlosten“ Jugendlichen. In: PKP, S. 148-158.
- Nowak-Vogl, M.: Gedanken zur leichtfertigen Diagnostizierung einer kindlichen Schizophrenie. In: PKP, S. 199-201.

31 (1982)

- Nowak-Vogl, M.: Die „Pseudodemenz“. In: PKP, S. 266-271.

48 (1982)

- Villiez, Th. von: „Mach heile!“ – „Aber wen?“ Symptomträger Kind, seine Familie und die Kinderpsychiatrie. In: AP, S. 307-314.

## Anhang B: Psychiatrische Diagnosen 1949-1989 gesamt und männlich/weiblich

Diagnose	männlich	weiblich	gesamt
Affektlabilität	9	4	13
Autoaggression, Suizidversuch, -androgung	7	2	9
Oligophrenien	33	24	57
Depression	3	7	10
Epilepsie + organische Psychosyndrome (Dämmerzustand, Wesensveränderung)	19	5	24
Essstörung, Anorexia	1	2	3
Frühkindliche Schädigung	7	7	14
Heredität	10	7	17
organische Hirnschädigungen (cerebrale Erkrankung): Post- Encephalitis, Meningitiden, frühkindlicher Hirnschaden, MCD, hirnorganisches Psychosyndrom	28	7	35
Hormonelle Störung	5	1	6
Hörstummheit, Schwerhörigkeit	2		2
Hysterie	2	5	7
Störungen der Psychomotorik <sup>266</sup>	4	2	6
Konversionsneurotische Gangstörung (dissoziative Störung)		2	2
Narkolepsie?		1	1
Neurose, Psychasthenie, Persönlichkeitsstörung	30	18	48
psychogene Anfälle	3	2	5
(psycho)reaktive Störungen <sup>267</sup> und psychosomatische Reaktion Enuresis/Enkopresis	8	11	19
	40	21	61
Verdacht auf/Psychose	2	1	3
Retardiertheit	5	2	7
Schizophrenie <sup>268</sup> , schizoides Verhalten	4	1	5
Zuchthausknall	1		1
Zwangsgedanken (ICD)	1	3	4
Zustandsbild unklar	8	2	10
keine Diagnose	1		1
kein krankhafter Befund	4	2	6

<sup>266</sup> Darunter: Jactatio, Tic, Little'sche Krankheit, Spastische Diplegie.

<sup>267</sup> Dazu gehörten z. B.: Diebstahl, Lügen, Weglaufen, Brandstiftung, Fettsucht, Nägelbeißen, Kontaktstörung.

<sup>268</sup> Auch: Morbus Bleuler, Hebephrenie.

Nicht-psychiatrische Störungen 1949-1989 gesamt und männlich/weiblich

Bezeichnung	männlich	weiblich	gesamt
Adoptionsproblematik	1	1	2
Deprivation	19	9	28
dissoziales Verhalten, Delinquenz und Verwahrlosung (darunter: Sexualität)	41	16	57
	3	12	15
Erziehungsproblematik	60	23	83
Familienproblematik (z. B. Stiefvater-Problematik)	10	5	15
Milieuschaden	20	14	34
Misshandlung	1	1	2
Psychopathien <sup>269</sup>	35	17	52
Pubertätskrise/Trotz	19	18	37
Schulprobleme + Teilleistungsstörungen	22	14	36
Sprechstörungen (Stottern)	6	3	9
Frage der Unterbringung	16	8	24
Erziehungsfähigkeit	1	2	3
Heimfähigkeit	1		1
heimmüde	1	2	3
Karner-Eigenschaften	8	4	12
telephrene Charakterstruktur		2	2
Eignung für best. Berufe	1	2	3
<b>Gesamtsumme</b>	<b>502</b>	<b>292</b>	<b>794</b>

Quelle: Untersuchungssample der Patientenakten der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation zwischen 1949 und 1989.

<sup>269</sup> Dazu gehörten folgende Verhaltensbeschreibungen: hyperthym, geltungsbedürftig, selbstunsicher, stimmungslabil, gemütlos, willenlos, explosibel, depressiv, asthenisch, fanatisch, haltlos.

### Anhang C: Verabreichung von Epiphysan zwischen 1953 und 1987

Jahr	Geschlecht	Alter	Diagnose	Vorgeschichte
1953 1955	weiblich	13 15	sexuelle Frühreife hypersexuelle Zustände	sexueller Missbrauch durch den Vater
1959	männlich	12	sexuelle Verfehlungen, sexueller Missbrauch	hat den kleinen Sohn der Pflegemutter missbraucht
1956	männlich	8	Onanie	mehrere Pflegeplätze und Heime
1957	weiblich	15	Verwahrlosung, sexuelle Erregbarkeit	das Mädchen wurde mit 11 Jahren das erste Mal „geschändet“
1958	weiblich	8	Milieuschaden Nervosität Verwahrlosung?	das Kind war „in eine große Schändungsgeschichte verwickelt.“
1959	weiblich	13	Intelligenzbestimmung Sexuelle Triebhaftigkeit	die Triebhaftigkeit wird nicht weiter ausgeführt, erscheint nur im Schülerbeschreibungsbogen
1959	männlich	13	körperliche Frühreife, sexuelle Auffälligkeiten	
1959/60	männlich	6	Schulversagen	keine
1961	weiblich	11	Neurose	als 9jährige in eine „sexuelle Geschichte verwickelt“.
1966/67	weiblich	12/13	Hyperhedonie (Erziehungsprobleme, „aggressive lesbische Züge“)	versch. Pflegeplätze, Großvater schlug sie mit der Hundepeitsche, versch. Heime
1969	weiblich	14	„sexuelle Entgleisungen“ Hyperhedonie	mit 13 ½ Jahren wurde das Mädchen von 8 jungen Männern „geschlechtlich missbraucht“
1987	weiblich	17	(versucht ständig, zu den Jungen zu kommen)	erzählt, dass sie bei einer ihrer Fluchten vergewaltigt wurde

Quelle: Untersuchungssample der Patientenakten der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation zwischen 1949 und 1989.

## Anhang D: Verabreichung von Psychopharmaka 1950-1988

Mittel	Jahr	Dosierung	Geschlecht, Alter	TLA-Zahl	Diagnose(n)
Luminal 0,2 <sup>270</sup>	1950	1 mal 1	Junge, 9 J.	0229	Hörstummheit
Luminaletten <sup>271</sup>	1950	3x1 2 Tage 2x1 1 Tag	Junge, 8 J.	1329	Epilepsie?
Antiepileptica <sup>272</sup>	1953	keine Angabe	Mädchen, 10 J.	2300	Verd. a. Epilepsie
Hovaletten	1953	2x3 1x1/2	Junge, 9 J.	3096	Verd. a. Hyperthymie
Luminal 0,2 Somnifen <sup>273</sup>	1954 /55	2x1 8 Tage später 1x1 6 Tage <sup>274</sup> 2 bzw. 1 ccm 6 Tage	Mädchen, 8 J.	0448	Eigenartige Phasen von Zerstörungstendenz
Petidion und Comital, dann nur noch Comital	1955	2x1 20 Tage 2x1/2 1x1/2 17 Tage	Junge, 13 J.	3277	Petit Mal-Anfälle
Serpasil (mit PI)	1956	1x2 1 Tag 1/2/0 5 Tage	Junge, 12 J.	0033	fragliche epileptische Veranlagung
Comital	1956	k. A.	Junge, 9 J.	2612	Epilepsie

<sup>270</sup> Die Gabe von Luminal wg. Durchführung einer Encephalographie.

<sup>271</sup> Luminaletten in der Frühe, 2 Luminaletten mittags – im Zusammenhang mit der Encephalographie. Außerdem: „Da die Anfälle relativ häufig sind, wurden dem Kind 3 Luminaletten täglich gegeben. Es trat kein Anfall auf.“

<sup>272</sup> Keine Namensnennung, nur „Antiepileptica“.

<sup>273</sup> Zur sog. „Dauerschlaf-Therapie“.

<sup>274</sup> Zur Einleitung einer sog. „Dauerschlaftherapie“.

					Das Medikament wurde der Mutter mitgegeben, weil der Junge nicht krankenversichert ist. Ob er Comital auf der Station erhalten hat, kann nicht sicher beantwortet werden
Luminal Largactil Largactil	1956	1x1 1 Tag 2x1 3 Tage 1x1 1 Tag	Junge, 12 J.	0508	Aggressionen im Zusammenhang mit fraglicher Psychopathie
Tofranil	1960	1x2 und 2x1	Mädchen, 14 J.	1702	Depression (keine Enuresis!)
Luminalette Petidion	1961	1x1 1 Tag 1x1 5 Tage 2x1 „einige Tage“, mind. 12 Tage	Junge, 9 J.	2718	Epilepsie
Niamid	1961 /62	2x1 5 Tage 15 Tage Pause 1x1 28 Tage	Mädchen, 10 J.	0484	Schulversagen, Depression
Anirrit Paradione Mysoline Taractan	1963	3x1 11 Tage 3x1 10 Tage 2x1 5 Tage, dann 3x1 16 Tage 2x1 20 Tage	Mädchen, 11 J.	2823	Erziehungsschwierigkeiten, Eigenwilligkeit (cerebrale Schädigung, medikamentös nicht beeinflussbar)
Biobamat	1963	1x1 5 Tage (vor Entlassung)	Mädchen, 15 J.	3254	Pubertätskrise
Petinimid	1963	1x1 5 Tage	Junge, 13 J.	0622	Epilepsie? Cerebrale Erregbarkeit
Librium  Atarax  Ospolot	1963	3x5mg 4 Tage  2x10 mg 19 Tage k. A.	Mädchen, 9 J.	0770	Auffallende Ängstlichkeit, Epilepsie  Ospolot wurde wieder abgesetzt wegen Unruhe
Melleril 25 mg	1963	18 Tage	Junge, 8 J.	1137	Fluchtneigung, Schulschwierigkeiten
Melleril 25 mg  Taractan	1963	1x1 25 Tage, dann 1x1 7 Tage	Junge, 11 J.	3352	Petit Mal-Anfälle?, Nervosität, Erziehungsschwierigkeiten



Tryptizol	1964	3x1 35 Tage	Junge <sup>275</sup> , 14 J.	0205	Hysterische Veranlagung, Depression
Mysoline	1964	k. A.	Mädchen, 11 J.	0920	Grand Mal-Anfälle
Tofranil 10mg	1964	3x1 25 Tage	Mädchen, 7 J.	2713	Enuresis, Milieuschaden, leichte Hirnschädigung
Tofranil 10 mg	1964	3x1 33 Tage	Mädchen, 7 J.	2949	Enuresis
Tofranil	1965	3x1 68 Tage	Mädchen, 11 J.	0881	Enuresis

Tryptizol (Notrilen) <sup>276</sup>	1965	3x1 41 Tage	Mädchen, 12 J.	1001	Depression (nach Tod der Schwester) (In Fieberkurve und Verlauf: Notrilen, im Arztbrief: Tryptizol)
Tofranil 10 mg	1965	3x1	Mädchen, 10 J.	1275	Enuresis
Truxaletten	1966	2x1 22 Tage	Mädchen, 7 J.	1276	Verwahrlosung, erethische Lebhaftigkeit
Truxaletten	1966	3x1 36 Tage	Junge, 10 J.	1813	Erethisches Verhalten
Mysoline	1966	2x1 6 Tage	Mädchen, 14 J.	3261	postencephalitische spastische Hemiparese mit epileptischen Anfällen
Truxaletten	1966	3x1, 1/2/1, 2x1 111 Tage	Junge, 6 J.	3355	Schwere Zornausbrüche
Librium Tofranil	1967	1x1 53 Tage 1x1 23 Tage	Junge, 7 J.	2315	neurotisch bedingte Enkopresis und Enuresis (Tofranil nicht als Psychopharmakum, sondern wegen der Enuresis).
Truxal (zus. m. Epiphysan)	1967	3x1 30 Tage	Mädchen, 12 J.	0575	Erziehungsschwierigkeiten, aggressive lesbische Züge hysterischer Charakter, Verwahrlosung
Truxal  Melleretten  Melleretten Tofranil	1967	3x1 35 Tage 11 Tage Pause 3x3 28 Tage 6 Tage Pause 3x3 15 Tage	Junge, 12 J.	1158	Außergewöhnliche Lebhaftigkeit, Schulschwierigkeiten („übermäßig lebhaft aktiv“)  Enuresis
Librium	1968	3x1 34 Tage	Junge, 8 J.	0374	Aggressions- und Trotzneurose
Tegretal  Epilumel	1968	1x1 36 Tage und 1x1	Mädchen, 8 J.	0690	Epileptisches Kind mit schweren Zwangshandlungen (gegen Letzteres Tofranil)

<sup>275</sup> Der Junge hatte einen Selbsttötungsversuch unternommen, um aus dem Erziehungsheim zu kommen.

<sup>276</sup> In der Fieberkurve und im Verlauf steht 41 Tage Notrilen (3x1 bzw. 2-1-1), im Arztbrief Tryptizol.

Tofranil		ab dem 9. Tag noch 1x1, ab dem 17. Tag 3x1			
Tofranil Aniritt Prominalette Tegretol	1968	2x1 (später 3x1) dazu später 3x1 11 Tage (dann Allergie)  6 Tage  3x1 (zus. mit Tofranil)	Junge, 8 J.	1419	Epilepsie, Enuresis
Anirrit	1968	2x1 15 Tage	Junge, 8 J.	2016	frühkindliche Schädigung, Hirnschädigung, Verd. a. Anfälle
Tofranil 25 mg	1968	k. A.	Junge, 8 J.	3409	Enuresis
Tofranil 10 mg	1968	2x1	Junge, 7 J.	3604	Enuresis
Truxal	1968 /69	2x1 71 Tage	Junge, 12/13 J.	1067	evtl. cerebrale Schädigung „verwilderter“ und verwahrloster Junge
Luminal Comital Petidion Valium 2 mg	1968	1x1 5 Tage dann 3x1/2 plus 3x1 bzw. 1,1,2; 2,1,2; 3x2) dazu 1x1	Junge, 12 J.	2559	posttraumatische Epilepsie mit großen Anfällen und einem zusätzlichen Absencenstatus evtl. kombiniert mit epileptischer Wesensveränderung
Tofranil Librium	1968	k. A.  3x1 7 Tage	Junge, 6 J.	0606	Verlängerte Trotzphase oder psychopathische Veranlagung?
Esucos 10 mg	1968 /69	3x1, dann 3 x ½ über 3 Monate	Mädchen, 8/9 J.	2736	charakterliche Fehlentwicklung wegen innerer Ablehnung durch die Mutter, psychopathische Reaktion auf ungünstige Behandlung

Esucos 10 mg und 25 mg	1969	3x1 2 Monate	Junge, 9 J.	0248	schwere Kontaktstörung, Unruhe, Unkonzentriertheit
Tofranil Tegretal Niamid	1969	3x1 25 mg, später 1x1 dazu später 1x1, später 2x1 zum Schluss 3x1 bis zur Entlassung	Junge, 11 J.	0040	Enuresis (Tofranil) hirnorganische Störung neurotisch-hysterische Störung „Durch die Verabreichung von Niamid konnte eine wesentliche Steigerung des psychischen Tempos erreicht werden.“
Tryptizol	1969	1x1 später 2x1 später 3x1	Mädchen, 11 J.	0322	neurotische Reaktion Für zuhause wird 1x1 Tryptizol angeraten
Tofranil 25 mg	1969	2x1	Junge, 11 J.	1299	Enuresis
Tofranil 25 mg Truxaletten	1969	1x1 dann 10mg 1x1, dazu 3x2	Junge, 8 J.	1413	Enuresis Erziehungsnotstand, hirnorganische Beteiligung („medikamentös praktisch keine Sedierung zu erreichen“)
Tryptizol 10 mg Tryptizol 25 mg	1970	3x1 7 Tage 1x1 bis zum Schluss	Junge, 12 J.	2403	Reizbarkeit, Affektanfalle
Acrisuxin Mysoline Instenon	1970 /71	2x1 dazu 3x1 später noch dazu 2x1	Junge, 8/9 J.	1087	epileptische Anfälle aufgrund einer postnatalen Gehirnschädigung, Erziehungsprobleme
Tofranil 25 mg	1971 /72	1x2	Junge, 7/8 J.	0918	Enuresis
Tofranil 25mg Tofranetten 10 mg	1971 /72	3x1 1 Tage, langsam reduzierend bis 2x1	Junge, 11/12 J.	2382	Enuresis
Truxaletten	1973	2-2-1 ab dem 9.	Junge, 8 J.	3130	erethischer, psychopathischer Junge mit ständigen Auseinandersetzungen und Krisen

	(2. Aufn.)	Tag ca. 3 Monate			(in versch. Heimen)
Tofranil 25 mg	1972	0-0-2 bzw. 0-0-1	Junge, 10 J.	0855	Enuresis
Tofranil 25 mg	1972	9-0-2 bzw. 0-0-1	Junge, 7 J.	1126	Enuresis
Tofranil 25mg	1973	0-0-3 bzw. 0-0-2	Junge, 11 J.	0203	Enuresis
Tofranil 25 mg Tofranetten	1974 /75	0-0-3 später Reduzierung bis zu Tofranetten 10 mg 0-0-1	Junge, 9/10 J.	1738	Enuresis
Tofranil Tofranetten	1974 /75	1x1 später Tofranette	Junge, 6/7 J.	2795	Enuresis
Tofranil 25 mg	1975	0-0-3 später 0-0-2	Mädchen, 11 J.	0648	Enuresis
Tofranetten Tofranil	1975	2-2-0 später Umstellung auf Tofranil 1-1-0	Junge, 9 J.	1222	Enuresis Schulschwierigkeiten
Truxaletten Librium Tryptizol 25 mg	1975	0-2-2- 2 Tage dann 1-1-1 2 Tage später: 3x1 4 Tage danach Truxaletten in unterschiedlicher Dosierung	Mädchen, 13 J.	3051	Verd. a. endogene Depression (schon der Kinderarzt hatte zuvor Tofranil 25 mg 3x1 verschrieben). Die Depression wurde in der abschl. Beurt. verworfen, statt dessen ein hysterisches Eingestimmtsein auf die (psychopathische) Mutter angenommen
Akineton Haldol	1975 /76	1-0-0- und 1-1-1, Letzteres wird stufenweise	Junge, 9/10 J.	2067	„Hat sich bisher nicht gebessert im Stottern, bekommt deshalb Haldol und Akineton.“ „Stottert jetzt weniger, das Haldol scheint ihm gut zu tun.“ „unterbegabter“, aber „sehr ehrgeiziger“ Junge, wegen Diebstählen eingewiesen,

		erhöht bis auf 5-5-5			Angst vor dem Vater. Kann sich bei anderen Kindern nicht durchsetzen, sein Stottern wird darauf zurückgeführt Keine richtige Diagnose
Lyogen Tryptizol	1976	3x1 20 Tage dann 2-2-0 2 Tage	Mädchen, 13 J.	2507	Verd. a. Depression wurde nicht bestätigt, eher Pubertätskrise mit deutlichen „hysterischen Momenten“.
Librium 5 mg Tofranil 25 mg  Tofranetten		3x1 25 Tage plus 0-0-3 , dann werden beide Medikamente reduziert, das Librium nach weiten 7 Tagen abgesetzt, das Tofranil reduziert, zum Schluss nur noch 1x1	Junge, 12 J.	2878	Enuresis
Tofranil Akineton Haldol	1976	0-0-2, dann 0-0-0, zusätzlich 0-1-0 und 2-2-2, nur das Tofranil wurde reduziert auf 0-0-2	Junge, 10 J.	2888	cerebrale Schädigung, frühkindliche Schäden (Röteln-Embryopathie), Enuresis, Autoaggression
Trasicor Truxal	1976	0-0-1, später zusätzlich 0-0-1 3 Tage dann wieder nur	Junge, 12 J.	3575	Verhaltensstörung, Diebstähle Debilität, keine Milieuschädigung, sondern „deutlich karnerische Züge“

		Trasicor (Betablocker)			
Librium 5 mg Truxal Tryptizol	1976 /77	0-0-1 42 Tage 9 Tage Pause 1-1-0 22 Tage 4 Wochen Pause 1-1-1 bis zur Entlassung	Mädchen, 9/10 J.	3410	Phobie, neurotisch-hysterische Reaktionsweise neurotische Verwahrlosung
Mysoline Tofranil	1977	2x1 später zusätzlich 0-0-3, Letzteres reduziert auf 0-0-2	Junge, 12 J.	0813	Krampfanfälle, cerebrale Schädigung, schwere Hirnleistungsschwäche
Tofranetten Tofranil	1977 /78	0-0-5, ersetzt durch 0-0-3 bzw. 0-0-2	Mädchen, 10 J.	1356	Enuresis (weil „sehr schweres Bettnässen“ auch Einsatz des „Bettnässerapparates“)
Librium Instenon <sup>277</sup>	1977 /78	3x1 6 Wochen, dann 2x1 bzw. 3x1 bis zur Entlassung	Junge, 8/9 J.	3421	Schulversagen, Unterbegabung „Seit er 3x1 Librium bekommt, läßt das Heimweh rasch nach.“
Librium Haldol Temesta Tryptizol 25 mg Lexotanil 3 mg	1978	3x1 bzw. 2x1, dann Ersatz durch 3x7 Tr. nur 1 Mal dazu 3x1 bzw. 3x2,  später zusätzlich 2x ½	Mädchen, 12 J.	3348	Depressionen, Anorexia nervosa  (das Lexotanil hatte das Mädchen schon vor dem Aufenthalt eingenommen)
Haldol	1978	3x5 Tr. bzw. 3x8	Mädchen, 10/11	3605	kindliche Schizophrenie

<sup>277</sup> Heute wird die Anwendung von Instenon bei Kindern und Jugendlichen nicht empfohlen.

Akineton Melleretten 10 mg	/79	plus 1x1 bzw. 2x1 später dazu: 3x1	J.		war über ein Jahr auf der Station. Währenddessen wurde die Dosis immer wieder angepasst, auch aufgrund von Nebenwirkungen (extrapyramidale Erscheinungen)
Librium 5 mg	1979	3x1 12 Tage	Mädchen, 15 J.	1076	erhebliche Verwahrlosung, Erziehungsschwierigkeiten
Haldol	1979	3x3 Tr. bzw. 3x4	Junge, 12 J.	1727	Verhaltensauffälligkeiten, Zust. n. schwerem Schädelunfall, aggressives, explosives Verhalten
Tofranil 25 mg	1979 /80	abends 2 Tabl.	Junge, 9/10 J.	0529	Enuresis
Tofranil 25 mg Tofranette	1979 /80	abends 3, Reduzierung und Ersatz durch 1x1	Junge, 11/12 J.	2022	Enuresis
Librium Tofranil 25 mg	1980	1-1-0 und 0-0-3	Mädchen, 13 J.	1442	Enuresis
Truxal 15 mg Haldol Akineton ret.	1980	1-1-0 bzw. 0-0-2 später dazu: 10-10-0 später dazu 1x1	Junge, 15 J.	2232	organisches Psychosyndrom, perinatale Hirnschädigung
Haldol	1981	5-5-20 bzw. 10-5-10 bzw. 5-5-10	Mädchen, 12 J.	0576	exogene Psychose bei chron. organ. Psychosyndrom cerebrale Schädigung
Haldol Dihydergot 2,5 mg Tofranil 25 mg	1982	5-5-5 7 Tage dann 1x1 2 Tage später  1-1-0 bzw. 3x1	Mädchen, 15 J.	1429	Verd. a. Psychose nicht bestätigt, telephrene Charakterstruktur Das Mädchen hatte schon zuvor Haldol, Esucos und Praxiten eingenommen

Praxiten 15 mg		und dazu 1x1			
Tofranil 10 mg Neuleptil Tr.	1982	0-0-6 bzw. 0-0-5 nur 7 Tage 5-5-10	Junge, 8 J.	1890	Persönlichkeitsentwicklungsstörung schwereren Grades Die Dosierung der Neuleptil Tr. wurde ständig angepasst., zum Schluss hin wurde auch wieder Tofranil gegeben
Melleretten	1982	0-5-5 bzw. 0-5-10 bzw. 0-5-5	Junge, 10 J.	2134	Erziehungsschwierigkeiten, Affektlabilität
Neuleptil 4 % Tr.	1982	5-5-5	Junge, 11 J.	2377	Hirnschädigung, psychogene Ausnahmezustände
Neuleptil 4 % Tr.	1982	0-5-5 bzw. 0-10-10 bzw. 0-5-5	Junge, 13 J.	2552	affektive Ausbrüche, Pubertätskrise
Tegretal 20	1983	3 x ½	Junge, 11 J.	0193	Verd. a. psychomotorische Anfälle
Tofranil 25 mg Saroten ret. 25 mg Deanxit	1983	0-0-2 plus 0-0-1 plus 1-1-0 plus später 1-1-0	Junge, 14 J.	0936	Enkopresis, Vernachlässigung, Affektlabilität, Unterbegabung
Haldol Akineton Nonzinan Tr. Psyquil Leponex 25 mg Neuleptil	1983	20-20-20 bzw. 25- 25-20 1-1-0 bzw.- 1-1-1- 0-0-10 ersetzt durch: 1-1-0 alles später ersetzt durch 3x1 bzw. 3x2 dazu später: 5-5-5 Ersatz durch	Junge, 10 J.	2267	schwerere Debilität, autoaggressive Handlungen



Dogmatil 50 mg Decentan Tr. Saroten Rohypnol		3x1 plus 30-30-30 abends dazu			
Neuleptil 4 % Lyogen 1 mg Melleretten 10 mg Melleril 25 mg	1984	1-1-0 bzw. 2-2-0 dann ½ - ½ -0 bzw. 1-1-0 1-1-2, ersetzt durch 1-1-0	Junge, 11 J.	0758	langandauernde motorische Unruhe, Aggressionen, disziplinäre Probleme, mangelhafte Begabung Persönlichkeitsentwicklungsstörung
Mydocalm Neurotop	1984 /85	0-0-1 10 Wochen, dann ½ - ½ - ½	Mädchen, 11/12 J.	1581	Verhaltensauffälligkeiten, reaktiver Geltungshunger als Folge der Vernachlässigung? Oder psychopathischer Zug von Geltungssucht?
Tryptizol 10 mg Tryptozol 25 mg	1985	2-2-0 0-0-2	Mädchen, 17 J.	3135	schwere geistige Behinderung, verbunden mit neurologischer Symptomatik im Anschluss an die frühe Spastizität
Convulex 300 Tryptizol 25 mg Anafranil 25 mg Haldol Tr. Ludomil und Akineton ret.	1985 1986	3x1 1x1 1x1 2-4-2 nur kurzzeitig	Junge, 13/14 J.	1624	Epilepsie mit epileptischer Wesensveränderung mit depressiven paranoiden Zügen zwei Aufnahmen

Neurotop 200 mg Haldol Orap forte Akineton ret. Saroten ret. Ludomil		0-0-1 bzw. 1-1-1 nur zweitweise:			
Ludomil 50 mg	1986	0-0-1 4 Wochen	Mädchen, 15 J.	2626	phasenhaft depressive Verstimmungen
Anafranil 25 mg (und Dihydergot)	1986	1-1-0 1 Tag	Mädchen, 15 J.	3468	neurotische Störung
Tofranil 25 mg Tofranil 10 mg	1986	0-0-4 in abnehmender Dosis	Mädchen, 14 J.	3471	Enuresis
Rohypnol 2 mg Truxal 50 mg Melleril Saft 50 mg	1992 (2. Aufn. )	1x1 1x1 1x 5ml	Junge, 18 J.	0710	2. Aufn.: Verdacht auf abgeklungene LSD-Psychose Dissoziale Verhaltensstörung
Haldol Decentan 4 mg Akineton ret.	1987	3-3-3 bzw. 5-5-5 2x1 später dazu 1x1	Mädchen, 17 J.	1795	Minderbegabung, Fortlaufen, Schulschwierigkeiten, Selbstbeschädigungen, Zerstörungen
Deanxit	1988	1-1-0 dazu später 0-0-1 dazu später für 2	Junge, 16 J.	2071	phasische endogene Depression mit Suicidversuch

Tryptizol 10 mg Melleretten Anafranil 25 mg		Monate 0-0-1 später noch 1-1-0			
Haldol	1988	10 Tr.	Mädchen, 17 J.	0090	Im Arztbrief: „Bei weiter bestehenden Beschwerden sind 10 gtt Haldol bei Bedarf zu verabreichen.“ Konversionsneurose bei abhängiger Persönlichkeit
Akineton ret. Haldol Anxiolit f 50 mg Haldol Tabl. 10 mg Akineton 2 mg	1988	1x1 3x50 Tr. $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$ - 0 - 2 $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{2}$ - 0 - 1  3x1	Mädchen, 18 J.	0181	Hat vorher schon auf der Neurologie Trxual 50 mg und Valium bekommen Diagn. Psychotische Episoden, ist mehrfach auf der Station

Anhang E: Häufigkeit der verordneten Psychopharmaka zwischen 1950 und 1988

<b>Mittel</b>	<b>erste Nennung</b>	<b>Zahl der Patienten</b>
Acrisuxin	1970	1
Akineton	1975	9
Anafranil	1985	3
Anirrit	1963	3
Anxiolit	1988	1
Atarax	1963	1
Biobamat	1963	1
Comital	1955	3
Convulex	1985	1
Deanxit	1983	2
Decentan	1983	2
Dihydergot	1982	2
Dogmatil	1983	1
Epilumel	1968	1
Esucos	1968	2
Haldol	1975	14
Hovaletten	1953	1
Instenon	1970	2
Largactil	1956	2
Leponex	1983	1
Lexotanil	1978	1
Librium	1963	11
Lyogen	1976	2
Ludomil	1985	3
Luminal	1950	6
Melleril/Melleretten	1963	8
Mydocalm	1984	1
Mysoline	1963	5
Neuleptil	1982	5
Neurotrop	1984	2
Niamid	1961	2
Nonzinan	1983	1
Orap forte	1985	1
Ospolot	1963	1
Paradione	1963	1
Petidion	1955	3
Petinimid	1963	1
Praxiten	1982	1
Prominalette	1968	1
Psyquil	1983	1
Rohypnol	1983	2
Saroten ret.	1983	3
Serpasil	1956	1
Somnifen	1954	1

Taractan	1963	2
Tegretal	1968	4
Temesta	1978	1
Toframil	1960	35
Trasicor	1976	1
Truxal	1966	13
Tryptizol	1964	11
Valium	1968	1

Quelle: Krankenakten, eigene Berechnungen

## Anhang F: Dosierung und Indikationen der wichtigsten Psychopharmaka 1959, 1969 und 1979

Tab. Dosierungen und Indikationen von Psychopharmaka gemäß Roter Liste 1959

Medikament	Dosierung	Indikation
Anirrit	1-2 Tabl. täglich, von Woche zu Woche um 1 Tabl. steigend bis zur optimalen Dosis bei Kindern 4-6 Tabl.	Genuine und symptomatische Epilepsie: Grand-Mal, Jackson-Anfälle, psychomotorische Anfälle (Dämmerattacken); insbesondere auch bei epilept. Störungen, die von diencephaler oder hypophysärer Fettleibigkeit begleitet sind.
Atarax 10, 25, 100 und 200 mg	keine Angabe	Psychische und vegetative Funktionsstörungen, Angst-, Spannungs-, Erregungs- und Depressionszustände, Nervosität, Organneurosen, [...], verschiedene psychiatrische Erkrankungen
Comital	1-2-3 Tabl.	Epilepsie, Absencen, Pyknolepsie
Decentan 4 mg	„siehe Ärztesprospekt“	Neurolepticum zur Beseitigung von Unruhe- und Erregungszuständen, Angst- und Spannungsgefühlen, Gereiztheit, psychisch bedingten vegetativen Störungen, agitierter depressiver Verstimmung
Decentan 8 mg	„siehe Spezialprospekt“	Neurolepticum für psychiatrische und fachneurologische Indikationen, wie endogene Psychosen, manisch-depressive Gemütsstörungen, hirnorganisch bedingte Psychosen, Neurosen, hysterische Syndrome, Chorea maior et minor
Hovaletten	zur Beruhigung 3 Drg. Mehrmals täglich, bei Schlafstörungen je 4 Drg.	Unruhe- und Angstzustände. Nervöse Schlafstörungen. Vegetative Dystonie. Managerkrankheit. Neurasthenien. Neurosen. Zustände erhöhter Erregbarkeit, auch bei Leberkranken
Hovaletten forte (mit Acid.phenylaethylbarbutur.)	zur Beruhigung 2 Drg. Mehrmals tägl., bei Schlafstörungen je 3 Drg.	Unruhe- und Angstzustände. Schlafstörungen. Vegetative Dystonie. Neurasthenien. Neurosen. Managerkrankheit. Zustände erhöhter Erregbarkeit
Hovaletten Granula	1-2 Löffelchen mehrmals tägl.	Sedativum für Säuglinge und Kleinkinder. Angst- und Unruhezustände. Nervöse Schlafstörungen. Epileptiforme und andere Krampfanfälle des Kindesalters. Erektionen der Kinder
Luminal	„siehe Ärztesprospekt“	Epilepsie, Eklampsie, hartnäckige Schlaflosigkeit, spastische und Erregungszustände
Luminaletten	2-6-8 Luminaletten	Dauerbehandlung bei Epilepsie,

	über den Tag verteilt	Hypertonie, Vasoneurosen, spastischen Zuständen
Prominaletten	2-8 Tabl. über den Tag verteilt	Hypertonie, Migräne, leichte Thyreotoxikosen, Neurasthenie, Psychosen und Erregungszustände, Keuchhusten
Serpasil	„Vgl. Spezialprospekt“	Hypertonie, nervöse Störungen, als Adjuvans in der Herztherapie; in der Psychiatrie
Somnifen	20-30-60 Tr. oder 1 Amp. im. [...] bei Erregungszuständen: 2-3 Amp. im. oder iv.	Schlaflosigkeit. Erregungszustände. Delirium Tremens. Status epilepticus. Tetanus. Eklampsie. Vorbereitung der Narkose. Schlaftherapie.
Tofranil 25 mg und 50 mg und Amp.	„Siehe wissenschaftlichen Prospekt“	Endogene Depressionen, Involutionsdepression, depressive Zustände bei psycho-vegetativer Erschöpfung.

Quelle: Rote Liste 1959. Verzeichnis pharmazeutischer Spezialpräparate der Mitglieder des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e. V. Aulendorf/Württ. 1959.

Tab. Dosierungen und Indikationen von Psychopharmaka gemäß Roter Liste 1969

Medikament	Dosierung	Indikation
Anafranil	„Siehe wissenschaftlichen prospekt“	Zur Therapie von Depressionen versch. Ätiologie und Symptomatik
Anirrit	1-2 Tabl. täglich, von Woche zu Woche um 1 Tabl. steigend bis zur optimalen Dosis bei Kindern 4-6 Tabl.	Genuine und symptomatische Epilepsie mit folgenden Anfallsformen: generalisierte Krampfanfälle („Grand-Mal“), fokale Anfälle („Jackson-Anfälle“), psychomotorische Anfälle (Dämmerattacken)
Atarax 10, 25, 100 und 200 mg	3mal 10-25 mg, Kinder bis 6 Jahre: 2-3 mal 10 mg	Ataraktikum bei vegetativer Dystonie, Angst, Spannungs- und Erregungszuständen, Prämedikation vor Operationen, funktionellen Arrhythmien, klimakterisches Syndrom, das nervöse Kind
Comital	Individuell und einschleichend. Erw. und Schulkinder tgl. 3mal ½ bis 5mal 1 Tabl., Kleinkinder tgl. 2mal ½ bis 3mal 1 Tabl., Säugl. tgl. 2mal ¼ bis 2 mal ½ Tabl.	Epilepsie; bei psychomotorischen Anfällen in Kombination mit Ospolot (s. d.), Absencen, Pyknolepsie.
Decentan 4 mg	täglich 4-8-12 mg. Nähere Angaben siehe Ärztesprospekt“	Neurolepticum zur Beseitigung von Unruhe- und Erregungszuständen, Angst- und Spannungsgefühlen, Gereiztheit, psychisch bedingten vegetativen Störungen, agitierter depressiver Verstimmung; Erbrechen im Gefolge von

		Magen-Darm-Krankheiten, Urämie, Strahlenkrankheit u. Karzinomatose, Emesis u. Hyperemesis; Dysmenorrhoe, klimakt. Beschwerden
Decentan 8 mg	2-3mal ½ bis 1 Tabl., ggf. 3-4mal 1-2 Tabl. „Näheres s. Ärzteprospekt“	Neurolepticum für psychiatrische und fachneurologische Indikationen, wie endogene Psychosen, manisch-depressive Gemütsstörungen, hirnorganisch bedingte Psychosen, Neurosen, hysterische Syndrome, Chorea maior et minor. – Emesis u. Hyperemesis verschiedener Genese (Gravidität, Migräne, Kinetosen, Röntgenbestrahlung, Urämie, bei Hirntumor)
Esucos 10 und 25 mg	siehe Packungsprospekt	Chronifizierte Psychosen, involutive Psychosen, Neurosen, Angst, exogene Depressionen (auch in Verbindung mit Thymoleptika), erethischer Schwachsinn, charakterliche Instabilität bei Kindern, Zerebralsklerose
Hovaletten	zur Beruhigung 3 Drg. Mehrmals täglich, bei Schlafstörungen je 4 Drg.	Unruhe- und Angstzustände. Schlafstörungen. Vegetative Dystonie. „Managerkrankheit“. Nervöse Herzbeschwerden, wie verstärktes Herzklopfen, Herzjagen. Zustände erhöhter Erregbarkeit, auch bei Leberkranken. Hypertonie. Thyreotoxikose. Schwangerschafts- und klimakterische Beschwerden. Sexuelle Übererregbarkeit, besonders während der Pubertät. Juckende Dermatosen. Zur Prämedikation bei operativen Eingriffen, auch in der Zahnheilkunde.
Hovaletten forte (mit Acid.phenylaethylbarbutur.)	zur Beruhigung 2 Drg. mehrmals tägl., bei Schlafstörungen je 3 Drg.	Unruhe- und Angstzustände. Schlafstörungen. Vegetative Dystonie.. „Managerkrankheit“. Nervöse Herzbeschwerden, wie verstärktes Herzklopfen, Herzjagen. Zustände erhöhter Erregbarkeit. Hypertonie. Thyreotoxikose. Schwangerschafts- und klimakterische Beschwerden. Sexuelle Übererregbarkeit, besonders während der Pubertät. Juckende Dermatosen. Zur Prämedikation bei operativen Eingriffen, auch in der Zahnheilkunde.
Hova-Zäpfchen	2-3Zäpfchen bei allg. Übererregbarkeit über den Tag verteilt, bei Schlafstörungen oder nächtlichen Unruhezuständen	Sedativum in Zäpfchenform für Säuglinge und Kleinkinder. – Übererregbarkeit, Schlafstörungen u. nächtliche Unruhezustände



	abends 1 Zäpfchen	
Instenon	Kinder 1-2 Drg. tägl., jeweils 14 Tage lang	Störungen der geistigen u. körperlichen Leistungsfähigkeit
Librium	Kinder: 1-2mal tgl. 1 Drg. zu 5 mg, in schweren Fällen bis zu 6 und mehr Drg. zu 5 mg tgl.	Angst-, Spannungs- und Unruhezustände. Vegetative Dystonie. Nervosität, Reizbarkeit, Stimmungslabilität, Lampenfieber, Wetterführigkeit. Verhaltens- und Anpassungsstörungen bei Kindern. Gastrointestinale und kardiovaskuläre Beschwerden. Bei menstruellen und klimakterischen Störungen. Vor operativen Eingriffen. In der Geburtshilfe.
Luminal	Individuell dosieren! Orale Einzelgabe 0,3-0,75 ml (Kinder). Näheres siehe Ärztesprospekt	Epilepsie, Eklampsie, hartnäckige Schlaflosigkeit, spastische und Erregungszustände
Luminaletten	2-6-8 Tabletten über den Tag verteilt	Dauerbehandlung bei Epilepsie, Hypertonie, Vasoneurosen, spastischen Zuständen; Keuchhusten, Chorea minor, Angina pect., hyperthyreotische u. klimakt. Reizerscheinungen.
Lyogen	Zur Behandlung von Psychosen siehe Gebrauchsanweisung. Als Antiemetikum und zur Prämedikation 1-2 mg im. oder langsam iv. als Einzeldosis	Psychotische Störungen versch. Genese, endogene Psychosen, insbes. akute u. chron. Schizophrenie, Manie u. agitierte Depression. Erbrechen versch. Genese, Prämedikation.
Melleril ret. 200	In der klinische Psychiatrie: 100-600 mg pro Tag; in der ambulanten Psychiatrie: 50-200 mg pro Tag	Zustände gesteigerter emotioneller Erregung im Verlauf von Psychosen, psychoreaktiven Störungen und Psychopathien; schwere chronische oder rezidivierende Schmerzen
Melleril ret. 30		Die verschiedenen Varianten der vegetativen Dystonie [...] Psychovegetative Störungen mit Angst, innerer Unruhe, Schlaflosigkeit [...]
Melleretten	Säuglinge: tgl. 1-2Tr. pro kg Körpergewicht. Klein- und Schulkinder: tägl. 1-3 Teelöffel Saft oder 10-30 Tr. oder 1-3 Drg.	Pädiatrie: Verhaltensstörungen, Trotzreaktionen, Wutanfälle, Schul- und Erziehungsschwierigkeiten, nervöse u. neuropathische Kinder. Symptomatische Erregungs- Angstzustände bei somatischen Erkrankungen, Schlafstörungen, Pavor nocturnus, Somnambulismus, Jactatio capitis nocturna.
Niamid	Siehe wiss. Prospekt	I. Depressive Verstimmungen u. psychische Hemmungen [...] Bei Kontaktarmen, schwer erziehbaren Kindern mit Schulschwierigkeiten; bei

		Stottern u. Bettnässen, Appetitlosigkeit, geistiger Retardierung. II. Depressionen: Reaktive Depressionen mit Vitalhemmung, Involutionen, Depressionen bei zerebralen Defektzuständen (wie Senium, Mongolismus, Enzephalopathien); depressive Phasen bei Schizophrenie u. Zykllothymie. [...]
Ospolot Ospolot mite	mittlere Tagesdosis für Erwachsene und Kinder über 14 J. 3mal tägl. 1 Ospolot, einschleichen mit Ospolot mite, 3mal tgl. 1-2, Kinder unter 14 J. nur Ospolot mite	Temporallappen-Epilepsie bzw. psychomotorische Anfälle, Jackson-Epilepsie, Grand mal, ggf. in Kombination mit Comital
Paradione	Anfangsdosis: bei älteren Kindern und Erwachsenen 3 Kaps. pro Tag, bei Kindern von 2-6 Jahren 2 Kaps., bei Säuglingen 1 Kaps. tägl.	Petit mal, myoklonische und akinetische Epilepsie
Praxiten	i. A. 3mal tgl. 1 Tabl.	Angst-, Spannungs- und Erregungszustände, erhöhte Reizbarkeit, gesteigerte Erregbarkeit, Lampenfieber, Stimmungslabilität, Erwartungsangst, Schlafrhythmus-Störungen [...], Verhaltens- und Anpassungsstörungen bei Kindern, Jugendl. und im Alter,
Praxiten forte	Die Dosierung richtet sich nach dem Schweregrad und erlaubt einen Spielraum von ½ Tabl. (25 mg) bis 8 Tabl. (400 mg) pro Tag. Eine Somnolenz tritt nur in den ersten Tagen der Behandlung ein u. bleibt unter Fortsetzung der Medikation aus.	In der Psychiatrie: Phobien u. schwere Angstzustände im Verlauf endogener Depressionen, Angstneurosen, Zwangsneurosen, Aufsässigkeit, Aggressivität, Agitation. Es ist außerdem geeignet zur Kombination mit Neuroleptika und Antidepressiva. Im übrigen der Anwendungsbereich eines hochdosierbaren Tranquilizers, wenn die übliche Psychopharmaka-Therapie nicht ausreicht.
Prominaletten	3mal tgl. 1-2 Tabl.	Hypertonie, Migräne, leichte Thyreotoxikosen, Vasoneurosen, Erregungs- und Depressionszustände.
Prominal	½-3 Tabl. tägl.	Dauerbehandlung der Epilepsie, Morbus Basedow u. hyperthyreotische Zustände
Saroten	i. A. gelten folgende Richtlinien: 3x25mg	Depressive Syndrome, endogene Depressionen, Involutionen, Depressionen,

	tägl., evtl. tägl. um 25 mg steigern bis zum Wirkungseintritt, wobei ambulant 150 mg nicht überschritten werden sollen; stationär kann bis auf 225 mg tägl. gesteigert werden. Individuelle Langzeittherapie (möglichst bis zu 3 Monaten): 30-40 mg tägl	reaktive Depressionen, neurotische Depressionen, depressive Symptomatik bei Psychosen des schizophrenen Formenkreises, depressive Verstimmungen bei somatischen Erkrankungen
Serpasil	„Vgl. Spezialprospekt“	Leichtere Fälle von Hypertonie, in schweren Fällen als Basistherapie, nervöse Störungen, als Adjuvans in der Herztherapie; in der Psychiatrie
Somnifen	20-30 Tr. oder 1 Amp. im. [...] bei Erregungszuständen: 2-3 Amp. im. oder iv.	Schlaflosigkeit. Erregungszustände. Delirium Tremens. Status epilepticus. Tetanus. Eklampsie.
Taractan	Individuell dosieren je nach Schweregrad des Zustandes (s. Packungsprospekt)	Psychomotor. Unruhe- und Erregungszustände verschiedener Genese (z. B. bei Psychosen [...] u. a.). Psychose u. neurovegetativ bedingte Störungen (Angst, Unruhe, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Wetterfühligkeit, Herzbeschwerden u. a.) Neurosen, [...] Schlaftherapie [...]
Tegretal	siehe wiss. Prospekt	Epilepsie, Trigeminus-Neuralgie
Tofranil 25 mg und 50 mg und Amp.	„Siehe wissenschaftlichen Prospekt“	Endogene Depressionen, Involutionsdepression, depressive Zustände bei psycho-vegetativer Erschöpfung.
Tofranil	siehe wiss. Prospekt	Endogene Depressionen, Involutionsdepressionen, depressive Zustände bei psycho-vegetativer Erschöpfung
Tofranil mite	Pädiatrie: Beginn mit 10 mg pro Tag. Bei ein- bis siebenjährigen Kindern Steigerung auf 10-20, bei a- bis 14jährigen auf 20-50 pro Tag.	Spezifische Behandlung von Verstimmungszuständen in der Pädiatrie und Geriatrie. [...] Enuresis nocturna
Truxal	1-3mal pro Tag 15-30 mg; höhere Tagesdosen als 150 mg erfordern Bettruhe und ärztl. Bobachtung	Akute u. chron. endogene Depressionen, exogene Psychosen, [...] schwere Neurosen [...] psychomotorische Erregung [...] Ferner: Dämmerchlafeinleitung, Schlafkur. [...]
Truxal Saft	2-3mal 1/2 Dosierungslöffel pro	[...] querulatorische Persönlichkeitsveränderung [...]

	Tag = 60-90 mg	psychische Störungen infolge von Umwelteinflüssen
Truxaletten	Kinder tgl. 1-3 Drg.	Syndrome der vegetativen Dystonie, psychogene Verstimmungen u. Unruhezustände, Eingewöhnungsschwierigkeiten, neurotische Verhaltensweisen (z. B. Enuresis nocturna)
Tryptizol	Jugendliche 50 mg. tägl. Enuresis nocturna: Kinder bis 6 J. 1mal 10 mg, ältere Kinder 1mal 25 mg vor dem Schlafen	Depressive Verstimmungen, Depressionen, Angst- und Spannungszustände, Enuresis nocturna
Valium	Individuell dosieren je nach Schweregrad des Zustandes (s. Packungsprospekt)	Erregung, Spannung, Angst, gesteigerte Reizbarkeit, psychoneurotische Störungen bei Kindern. Vegetative Dystonie, psychosomatische Störungen und Organneurosen. Schlafstörungen. Muskelspasmen, Krampfbehandlung.

Quelle: Rote Liste 1969. Verzeichnis pharmazeutischer Spezialpräparate der Mitglieder des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e. V. Aulendorf/Württ. 1969.

Tab. Dosierungen und Indikationen von Psychopharmaka gemäß Roter Liste 1979

Medikament	Dosierung	Indikation
Acrisuxin	2-4 Kps. tägl.	Alle Formen von Petit-mal-Epilepsie
Anafranil	Individuelle Dosierung s. Packungsprospekt	Endogene, psychogene u. organische Depressionen b. Schizophrenie. Zwangsneurosen.
Anirrit		Fehlanzeige
Atarax 10, 25 mg	3mal 10-25 mg, Kinder bis 6 Jahre: 2-3 mal 10 mg	Vegetativer Dystonie, Angst, Spannungs- und Erregungszuständen, funktionellen Arrhythmien, Schlafstörungen; klimakterisches Syndrom, Ruhigstellung nach Herzinfarkt, vor Operationen. Konzentrationsschwäche bei Kindern.
Comital	Individuell und einschleichend. Erw. und Schulkinder tgl. 3mal ½ bis 5mal 1 Tabl., Säugl. tgl. 2mal ¼ bis 2 mal ½ Tabl.	Grand mal u. fokale Anfälle; bei psychomotorischen Anfällen in Kombination mit Ospolot
Convulex	Erw. u. Kinder über 15 J. 3-4 Kps. pro Tag zu 300 mg. Die mittlere Tagesdosis für Kleinkinder beträgt 20-30 mg pro KG und kann bei Bedarf auf 120 mg/KG/Tag gesteigert	Epilepsie

	werden	
Decentan 4 mg	täglich 4-8-12 mg. Nähere Angaben siehe Ärzteprospekt“	Unruhe- und Erregungszustände, Angst- und Spannungszustände. Begleittherapie in der Pädiatrie: Chorea minor, Keuchhusten [...]
Decentan 8 mg	2-3mal 1/2 bis 1 Tabl., ggf. 3-4mal 1-2 Tabl. „Näheres s. Ärzteprospekt“	Neuroleptikum für psychiatrische und fachneurologische Indikationen, mit Antriebssteigerung, Angst, innerer Unruhe einhergehende endogene Psychosen, Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises, insbes. Katatonien u. akute paranoid-halluzinatorische Formen, Manien, agitierte Formen der endogenen Depression, Chorea maior (Huntington) i. Chorea minor (Sydenham). Emesis u. Hyperemesis
Dogmatil	Stoß- und Initialtherapie in der klinischen Psychiatrie: Die Dosierung richtet sich nach dem klinischen Bild und sollte zwischen 3 und 8 Amp. im. pro 24 Std. liegen. Nach der Initialbeh. Kann je nach Schwere des Zustandsbildes nach 1- 3 Wochen auf 3-8 Dogmatil-Forte-Tabl. übergegangen werden. Für die weitere Beh. reichen i. A. 3-4 Tabl. pro Tag aus.	Initialbehandlung: Autistische Verhaltensstörungen, Psychosen des schizophrenen Formenkreises, akute delirante u./o. halluzinatorische Psychosen, prapsychotische Zustandsbilder, schwere reaktive u. endogene Depressionen. Phobien, Retardierung u. Verhaltensstörungen bei Kindern u. Heranwachsenden [...]
Esucos 10 und 25 mg	siehe Packungsprospekt	Kinder u. Jugendliche: charakterliche Instabilität, Erregungszustände bei Milieuveranderung, bei erethischem Schwachsinn u. erethisch hirngeschädigten Kindern.
Haldol	a) psychomotorische Erregungszustände, leichte bis mittelschwere Formen: 3mal 10-30 Tr. bzw. 3mal 1.3 Tabl. schwere Formen: 1-2 ml iv. oder im. b) akute schizophrene Schübe und Manien: 1- 2 ml wiederholen, bis der therapeut. Effekt	Psychomotorische Erregungszustände. [...] Akute schizophrene Schübe und Manien. Chronische schizophrene und maniforme Zustände. Hyperkinesen: Tic nerveux, Stottern, Chorea, Tourette- Syndrom. Angst, Unruhe, Schmerzen [...]

	erreicht ist. In der Übergangsphase 3mal 20-50 Tr. bzw. 3mal 2-5 Tbl. d) Hyperkinesen: 3mal 3-15 Tr. bzw. 2mal ½ bis 3mal 1 ½ Tbl.	
Hovaletten	zur Beruhigung Kinder je 1-2 Drg. bei Schlafstörungen Kinder je 2-3 Drg. Am frühen Abend	Unruhe- und Angstzustände. Schlafstörungen. Vegetative Dystonie. Nervöse Herzbeschwerden.
Hovaletten forte (mit Acid.phenylaethylbarbutur.)	Erw. zur Beruhigung 2 Drg. mehrmals tägl., bei Schlafstörungen 3 Drg.	Unruhe- und Angstzustände. Schlafstörungen. Vegetative Dystonie. Nervöse Herzbeschwerden.
Hova-Zäpfchen Kindersuppositorien	2-3Zäpfchen bei allg. Übererregbarkeit über den Tag verteilt, bei Schlafstörungen oder nächtlichen Unruhezuständen abends 1 Zäpfchen	Übererregbarkeit, Schlafstörungen u. nächtliche Unruhezustände
Instenon	Kinder: ab Schulkinderalter 1-2 Drg. Tgl.	zerebrale Durchblutungsstörungen
Lexotamil	stat. Beh. Bei schweren Angst- und Unruhezuständen kann die Dosis schrittweise bis auf 3mal 2 Tbl. erhöht werden. amb. Beh.: ½ Tbl. vor dem Schlafen. Nur bei Bedarf zusätzlich 1-2mal tägl. ¼-1/2 Tbl	Angst, Spannung, Unruhe, Schlaflosigkeit, Stimmungsbeeinträchtigung u. Antriebsstörungen bei nervösen Reiz-, Überforderungs- und Erschöpfungszuständen
Librium	Kinder: initial 5-10 mg. In schweren Fällen 20-30 mg und mehr tgl.	Spannungs- und Unruhezustände. Vegetative Dystonie. nervöse Reizbarkeit, Stimmungslabilität, funkt. Organstörungen.
Ludiomil	Erw. 1 Drg. (75 mg) tägl.; bei ausgeprägten Depressionen 2 Drg.	Verstimmungszustände ängstl., dysphorischer u. reizbarer Färbung; psychovegetative, psychosomatische u. somatische Beschwerden mit depressivem u./o. ängstl. Hintergrund im Sinne der larvierten Depression. Endogene, psychogene u. Klimakterische Depressionen.
Luminal	Individuell dosieren! Orale Einzelgabe 0,3-0,75 ml (Kinder). Näheres siehe	Epilepsie, Eklampsie, hartnäckige Schlaflosigkeit, spastische und Erregungszustände

	Ärzteprospekt	
Luminaletten	je nach Alter und Indikation tgl. 1-3 Tbl.	Dauerbehandlung bei Epilepsie und spastischen Zuständen; zur Begleittherapie bei Keuchhusten, Chorea minor, Angina pect., hyperthyreotische u. klimakt. Reizerscheinungen.
Lyogen	Zur Erreichung des therapeutischen Effekts ist individuell die niedrigste Dosis zu ermitteln. Durchschnittl. Tagesdosis bei akuter Schizophrenie initial 3-6-(24)mg; Langzeitbeh. 0,5-6 mg. Übrige Indikationen u. Einzelheiten s. wiss. Prospekt.	Psychosen. Akute u. chron. Schizophrenie, insbes. Paranoid-halluzinatorische Bilder u. katatone Erregungszustände: Hebephrenie, Mani u. Hypomanie: agitierte Depression..
Melleril 25 / 100 / 200 ret.	In der klinische Psychiatrie: 100-600 mg pro Tag; in der ambulanten Psychiatrie: 50-200 mg pro Tag	Emotionelle Erregung einschließlich Angst- und Spannungszuständen im Verlauf von Schizophrenie, Depressionen und anderen Psychosen, Psychopathien u. psychoreaktiven Störungen [...]
Niamid		Fehlanzeige
Ospolot Ospolot mite	mittlere Tagesdosis für Erwachsene und Kinder über 14 J. 3mal tägl. 1 Ospolot, einschleichen mit Ospolot mite, 3mal tgl. 1-2, Kinder unter 14 J. nur Ospolot mite	Temporallappen-Epilepsie bzw. psychomotorische Anfälle, Jackson-Epilepsie, Grand mal, ggf. in Kombination mit Comital
Praxiten	i. A. 3mal tgl. 1 Tabl.	Angst, Unruhe, Übererregbarkeit; nervöse, psychische, prämenstruelle u. Klimakterische Spannungszustände; Schlaf- und Einschlafstörungen
Praxiten forte	Individuell nach den Erfordernissen des Einzelfalles; zweckmäßig abends mit 1 Tabl. beginnen. Abh. von der Wirkung kann die Dosis um tägl. 1 Tabl. erhöht werden. Es ist selten angezeigt, mehr als 3 oder 4 Tabl. über den Tag verteilt zu geben.	Phobien u. schwere Angstzustände im Verlauf endogener Psychosen, Angstneurosen, Zwangsneurosen, Aufsässigkeit, Aggressivität, Agitation, Schlaflosigkeit
Prominaletten		Fehlanzeige
Prominal		Fehlanzeige

Saroten	i. A. gelten folgende Richtlinien: 3x25mg tägl., evtl. tägl. um 25 mg steigern bis zum Wirkungseintritt, wobei ambulant 150 mg nicht überschritten werden sollen; stationär kann bis auf 225 mg tägl. gesteigert werden. Individuelle Langzeittherapie (möglichst bis zu 3 Monaten): 30-40 mg tägl.	Alle Formen des depressiven Syndroms
Saroten ret.	Die Dosierung richtet sich nach der Schwere des Krankheitsbildes. Durchschnittlich zw. 1-4mal tgl. 1 Kaps. 25 mg bzw. 1, evtl. 2 Kaps. 75 mg	Alle Formen und Schweregrade des depressiven Syndroms
Serpasil	zu Beginn der Beh. 4mal tägl. 1 Tabl. zu 1 mg (evtl. mehr) bzw. 1-2 Amp. im. Erhaltungsdosis allg. 2mal tgl. 1 Tabl.	Psychosen mit einem der Zielsymptome: psychomotorische Erregungszustände, hochgradige affektive Spannungen, Halluzinationen und Wahnideen
Somnifen	Mittlere Einzeldosis: 20-30 Tr. Säuglinge und Kinder Einzeldosis: 3-20 Tr.	Ein- und Durchschlafstörungen. Erregungszustände
Taractan	Agitierte Depressionen: 3mal 50 bis 3mal 100 mg. Akute Unruhe- und Erregungszustände: 50-200 mg	Psychosen des schizophrenen und manisch-depressiven Formenkreises. Akute Unruhe und Erregungszustände. Psychogene und neuro-vegetativ bedingte Regulationsstörungen. Schlafstörungen. [...] Prämedikation bei Kindern. Akute posttraumatische Erregungszustände.
Tegretal	Individuelle Dosierung, siehe Packungsprospekt	psychomotorische bzw. Temporallappen-Epilepsie, Grand-mal-Anfälle, gemischte Epilepsieformen, fokale Anfälle. Psychische Veränderungen bei Epilepsien. [...]
Tofranil 25 mg und 50 mg und Amp.	„Siehe wissenschaftlichen Prospekt“	Endogene Depressionen, Involutionsdepression, depressive Zustände bei psycho-vegetativer Erschöpfung.
Tofranil 25, 50 mg Tofranil mite 10 mg Tofranil Sirup 25 mg.	Individuelle Dosierung s. Packungsprospekt	Endogene, symptomatische und psychogene Depressionen, [...] Enuresis, Pavor nocturnus, Zwangswainen



Truxal Tr. 20 mg.	abends 20 Tr. oder 3mal tägl. 10 Tr.	vegetative Dystonie, nervöse Schlafstörungen, Unruhezustände, Aggressivität und querulatorische Reizbarkeit
Truxal Drg. 15/50 mg Saft 20 mg Injektionslösung 50 mg.	bei endogenen Psychosen u. Unruhezuständen: 3- 4mal 50 mg tgl. steigernd auf 3-4mal 100 mg oder mehr bis zum Eintritt der vollen klinischen Wirkung. Danach allmähliche Reduzierung auf eine Erhaltungsdosis: 2-4mal tgl. 15-50 mg Bei agitierten Depressionen 3x15 mg bis 3x50 mg. Bei Neurosen 2-4mal 15 mg tgl. Höhere Tagesdosen als 150 mg erfordern Einhaltung der Bettruhe.	Akute und chronische Unruhezustände, bes. bei Schizophrenien, Manien, agitierten Depressionen, Misch- und Alkoholpsychosen, Epilepsie und Oligophrenie. Neurosen, Psychomotorische Erregung – auch bei älteren Kindern. Dämmer Schlafleinleitung, Schlafkur.
Truxaletten Saft 2,5 mg	Kinder: 6 Monate bis 1 J.: 1x ½ Teelöffel 1-7 J.: 2x ½ Teelöffel 8-12 J.: 3x ½ Teelöffel	Nervosität und Schlafstörungen bei Kindern, psychomotorische Unruhe. Enuresis nocturna
Truxaletten Drg. 5 mg	Kinder: 6 Monate bis 1 Jahr: 1x1 2-7 J.: 2x1 8-12 J.: 3x1	Dystonie, psychogene Verstimmungen u. Unruhezustände bei Kindern, Neurosen
Tryptizol Sirup (5 ml=17mg) Tabl. 10mg/25 mg	Sirup: Enuresis nocturna: Kinder unter 6 J. 5 ml, 6-10 J.: 5-10 ml, 11-16 J.: 10-20 ml Tabl: Enuresis: Kinder bis 6 J.: 1x 10 mg, ältere Kinder 1x 25 mg Depressionen: Jugendliche: 3x25 mg	Depressive Verstimmungen, Depressionen, Angst- und Spannungszustände, Enuresis nocturna
Valium	Richtdosis: 5-15 mg (weitere Dosierungen s. Packungsbeilage oder Merkblatt)	Erregung, Spannung, Angst, psychoneurotische Störungen. Vegetative Dystonie, psychosomatische Störungen (bes. Herz. Kreislauf, Magen, Darm). Schlafstörungen. Muskelverspannungen, Krampfbehandlung, status epilepticus

Quelle: Rote Liste 1979. Verzeichnis von Fertigarzneimitteln der Mitglieder des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie. Aulendorf/Württ. 1979.

### 13. Bibliographie

Asperger, Hans: Heilpädagogik. Einführung in die Psychopathologie des Kindes für Ärzte, Lehrer, Psychologen, Richter und Fürsorgerinnen. 5., unveränd. Aufl. Wien; New York 1968.

Balz, Viola: Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland 1950-1980. Bielefeld 2010.

Balz, Viola: Megaphen wird zur Wirkung gebracht. Die klinische Konstitution eines erfolgreichen Behandlungsfalls an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. In: Eschenbruch, Nicholas; Balz, Viola; Klöppel, Ulrike; Hulverscheidt, Marion (Hrsg.): Arzneimittel des 20. Jahrhunderts. Historische Skizzen von Lebertran bis Contergan. Bielefeld 2009, S. 167-198, hier S. 173-175.

Battenberg, Ludwig: Untersuchungen über die männliche Onanie des Pubertätsalters. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 6(1957), S. 47-54.

Beddies, Thomas; Dörries, Andrea (Hrsg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960. Husum 1999.

Berger, Ernst: Die Kinderpsychiatrie in Österreich 1945-1975. Entwicklungen zwischen historischer Hypothek und sozialpsychiatrischem Anspruch. In: Virus 14 (2016), S. 239-248.

Berger, Ernst: Die Innsbrucker Kinderpsychiatrie/Heilpädagogik im Kontext der Entwicklung des Faches Kinderpsychiatrie. In: Bericht der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission: Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation, S. 50-56.

Berger, Ernst: Die Epiphysan-„Therapie“ bei Nowak-Vogl. In: Bericht der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission: Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl 11. November 2013, S. 61-64.

Bleckmann, K. H.: Über die Arbeit einer klinischen Beobachtungsabteilung für erziehungsschwierige Kinder. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 5 (1956), S. 8-11.

Bleckmann, K. H.: Erfahrungsbericht über die Anwendung von Pyriethoxin in der Kinderpraxis (unter spezieller Berücksichtigung der Erfahrungen im Rahmen einer Erziehungsberatung). In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 14 (1965), S. 316-317.

Bönisch, Erhard: Erfahrungen mit Pyriethoxin bei hirngeschädigten Kindern mit autistischem Syndrom. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 17 (1968), S. 308-310.

Buchholz, Matthias: Archivalische Überlieferungsbildung im Spiegel von Bewertungsdiskussion und Repräsentativität. 2., überarb. Aufl. Köln 2011.

Casparis, Lil: Indikationsbereich von Chlordiazepoxyd (Librium) und einiger anderer Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. In: Acta Paedopsychiatrica 29 (1962), S. 129-151.

Castell, Rolf u. a. (Hrsg.): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961. Göttingen 2003.

Coché, Stefanie: Psychiatrie und Gesellschaft. Psychiatrische Einweisungspraxis im „Dritten Reich“, in der DDR und der Bundesrepublik 1941-1963. Göttingen 2017.

David, Matthias; Ebert, Andreas D. (Hrsg.): Geschichte der Berliner Universitätsfrauenklinik. Strukturen, Personen und Ereignisse in und außerhalb der Charité. Berlin; New York 2010.

Dührssen, A.: Jahrestagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie in Regensburg vom 5.6. bis 7.6.1969. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 19 (1970), S. 27-29.

Dühslér, Ernst und Käthe: Ein Jahr Psychagogisches Kinderheim. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 6 (1957), S. 202-205.

Emminghaus, H[ermann]: Die psychischen Störungen des Kindesalters. In: Handbuch der Kinderkrankheiten. Hrsg. von Gerhardt, C[arl Adolph Christian Jacob]. Nachtrag II. Tübingen 1887.

Engelbracht, Gerda: Von der Nervenklinik zum Zentralkrankenhaus Bremen-Ost. Bremer Psychiatriegeschichte 1945-1977. Bremen 2004.

Engelbracht, Gerda: „Mancher Konflikt lässt sich über das Tier lösen“. Von der Kinderbeobachtungsstation zur Bremer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fangerau, Heiner; Topp, Sascha; Schepker, Klaus (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Berlin 2017, S. 579-594.

Eppel, Heinz: Ein Jahr Arbeit mit schwierigen Kindern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2(1953), S. 98-102.

Exner, Gudrun; Kytir, Josef; Pinwinkler, Alexander: Bevölkerungswissenschaft in Österreich in der Zwischenkriegszeit (1918-1938). Wien; Köln; Weimar 2004.

[https://books.google.de/books?id=c\\_q3rKy7ckoC&pg=PA192&lpg=PA192&dq=bev%C3%B6lkerungswissenschaft+in+%C3%B6sterreich&source=bl&ots=1BCAQuwaqU&sig=w\\_qpykD589cHadDpQjVIELYdb0k&hl=de&sa=X&ved=0ahUKEwjTwNTMtPzNAhUEuxQKHdr3DXAQ6AEIKzAD#v=onepage&q=bev%C3%B6lkerungswissenschaft%20in%20%C3%B6sterreich&f=false](https://books.google.de/books?id=c_q3rKy7ckoC&pg=PA192&lpg=PA192&dq=bev%C3%B6lkerungswissenschaft+in+%C3%B6sterreich&source=bl&ots=1BCAQuwaqU&sig=w_qpykD589cHadDpQjVIELYdb0k&hl=de&sa=X&ved=0ahUKEwjTwNTMtPzNAhUEuxQKHdr3DXAQ6AEIKzAD#v=onepage&q=bev%C3%B6lkerungswissenschaft%20in%20%C3%B6sterreich&f=false), zuletzt aufgerufen am 4.7.2016.

Fehlemann, Silke; Sparing, Frank; Vögele, Jörg: Kindheit, Krankheit, Krieg. Kinder und Jugendliche in psychiatrischen Einrichtungen des Rheinlandes nach 1945. In: Fangerau, Heiner; Topp, Sascha; Schepker, Klaus (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im

Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Berlin 2017, S. 535-555.

Fouquet, Annette; Martinius, Joest: Heckscher-Klinik München. In: Cranach, Michael von; Siemen, Hans-Ludwig (Hrsg.): Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945. München 1999, S. 379-384.

Friedmann, Ina; Hartig, Christine; Stepanek, Friedrich: Heilpädagogische Landschaften. Österreichs Kinderbeobachtungen und Heilpädagogische Stationen im Vergleich. In: Studie betreffend die Kinderbeobachtungsstation der Maria Nowak-Vogl – interdisziplinäre Zugänge. Herausgegeben von Elisabeth Dietrich-Daum, Michaela Ralser, Dirk Rupnow. Innsbruck 2016, S. 13-55.

Fuchs, Petra; Rose, Wolfgang; Beddies, Thomas: Heilen und Erziehen: Die Kinderbeobachtungsstation an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité. In: Hess, Volker; Schmiedebach, Heinz-Peter (Hg.): Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne. Wien u. a. 2012, S. 111-148.

Gaber, Leni; Knöll, Harry; Odag, Celal; Sprengel, Hildegard; Stange, Elisabeth: Aus der Arbeit einer analytischen Kinderstation. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 20 (171), S. 274-278.

German, Urs: Medikamentenprüfungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel 1953-1980. Pilotstudie mit Vorschlägen für das weitere Vorgehen. [http://www.upkbs.ch/ueberuns/medien/medienmitteilungen/Documents/Bericht\\_Medikamentenprüfungen\\_PUK\\_Basel\\_1953-1980.pdf](http://www.upkbs.ch/ueberuns/medien/medienmitteilungen/Documents/Bericht_Medikamentenprüfungen_PUK_Basel_1953-1980.pdf), zuletzt aufgerufen am 7.4.2017.

Gründler, Jens: Armut und Wahnsinn. „Arme Irre“ und ihre Familien im Spannungsfeld von Psychiatrie und Armenfürsorge in Glasgow 1875-1921. München 2013.

Hähner-Rombach, Sylvelyn: „Es ist jetzt das erste Mal, dass ich darüber rede...“ Zur Heimgeschichte der Gustav Werner Stiftung zum Bruderhaus und der Haus am Berg gGmbH 1945-1970. Frankfurt/Main 2013

Haffter, C.: Kinderpsychiatrische Abteilung im Kinderspital Basel. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 6 (1957), S. 24.

Harbauer, H.: Bericht über die X. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie. In: Acta Paedopsychiatrica 33 (1961), S. 366-367.

Harbauer, H.: IX. Tagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie e. V. (6.-8. Mai 1965 in Hamburg). In: Acta Paedopsychiatrica 32 (1965), S. 350-351.

Held, Fritz: Zur Organisation jugendpsychiatrischer Aufgaben. In: Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete 6 (1967), S. 195-200.

Hinterhuber, Hartmann: Zum Wiederaufbau eines akademischen Lehrkörpers in der Psychiatrie in Innsbruck nach 1945. Die Lehrstühle und Klinikleitungen, die Habilitationen und die Lehrveranstaltungen an der Psychiatrisch-Neurologischen Klinik Innsbruck. In: *Virus* 14 (2016), S. 79-100.

Holtkamp, Martin: Werner Villinger (1887-1961). Die Kontinuität des Minderwertigkeitsgedankens in der Jugend- und Sozialpsychiatrie. Husum 2002.

Hopmann, Werner: Neuregelung der Ausbildung von Psychagogen in Berlin. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 16 (1967), S. 147-150.

Jacobs, Rolf: Über die Neuroleptica Atosil und Aolept in der pädopsychiatrischen Landeskrankenhauspraxis. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 18 (1969), S. 149-152.

Jacobs, Rolf: Erfahrungen mit Haloperidol in der pädopsychiatrischen Anstaltspraxis. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 15 (1966), S. 67-60.

Jacobs, Rolf: Ein Wort zur Pharmakotherapie anstaltsgebundener geistig-seelisch behinderter Kinder. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 14 (1965), S. 312-316.

Jutz, Renate: Die Heckscher-Klinik von 1929 bis 1989. Geschichte, Menschen, Schicksale. 60 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayern. [München 1989].

Keim, Ingeborg M.: Die institutionelle Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hessen ab 1900. Frankfurt/Main 1999.

Knöll, Harry: Psychagogik – Gedanken zur Begriffsbestimmung. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 17 (1968), S. 155-157.

Köhnlein, Frank: Zwischen therapeutischer Innovation und sozialer Selektion. Die Entstehung der „Kinderabteilung der Nervenlinik“ in Tübingen unter Robert Gaupp und ihre Entwicklung bis 1930 als Beitrag zur Frühgeschichte universitärer Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland. Neuried 2001.

Kölch, Michael Gregor: Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin 1920-1935. Die Diagnose „Psychopathie“ im Spannungsfeld von Psychiatrie, Individualpsychologie und Politik. Diss. med. FU Berlin 2002.

Kossen, Johannes; Köttgen, Charlotte; Ludewig, Kurt; Meyer-König, Eberhard; Sprengel, Christiane Johanna: Aufbau einer Station für jugendliche psychiatrische Patienten – erster Erfahrungsbericht nach einem Jahr. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 26 (1977), S. 218-225.

Krebs, H.: Symposion der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie zum Thema „Jugenddissozialität“; Tagung 23./24. September 1970, Jugendhof Rheinland bei Königswinter. In: *Acta Paedopsychaitrica* 38 (1971), S. 65-68.

- Krebs: Tagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie am 16./17. Juni 1968 in Königswinter. In: Acta Paedopsychiatrica 35 (1968), S. 327-331.
- Kretschmer, Manfred: Die Weissenau. Psychiatrisches Krankenhaus von 1945 bis 1990. Geschichte und Erinnerungen. Zwiefalten 2002.
- Kumbier, E. [u. a.]: Überlegungen zum Wirken des Neuropsychiaters Gabriel Anton (1858-1933). In: Nervenarzt 76 (2005), S. 1132-1140.
- Laschet, Ursula: Die Behandlung männlicher Sexualdeviationen: 20 Jahre Erfahrungen mit Androcur. Vortrag am 13. Oktober 1986 in Berlin. Berlin, Schering 1988.
- Lazar, Erwin: Die heilpädagogische Abteilung der Kinderklinik in Wien. In: Zeitschrift für Kinderforschung 28 (1923), S. 161-174.
- Mangold, Burkart: Medikamentöse Behandlung des Minimal-Brain-Dysfunction-Syndroms (Eine klinische Studie mit Captagon). In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 24 (1975), S. 185-190.
- Martinius, Joest: Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in München. In: Rexroth, Christian A. (Hrsg.): Die klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayern. Entwicklungen, Gegenwart, Perspektiven. Festschrift zum 65. Geburtstag von Dr. Martin Linder. Göttingen 2011, S. 65-81.
- Matron, Kristina: Kommunale Jugendfürsorge in Frankfurt am Main in der Weimarer Republik. Frankfurt/Main 2012.
- Müller, Peter: Zur Wirkung von Methylphenidat bei Kindern mit erethischem Syndrom. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 20 (1971), S. 71-74.
- Müller, Richard G.: Zur Frage der Glaubwürdigkeit von Mädchen, die ihre Väter der Blutschande bezichtigen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 7 (1958), S. 298-300.
- Müller-Küppers, M.: Jahrestagung der DVJ vom 8. und 9. September 1976 in Köln. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 26 (1977), S. 106-110.
- Müller-Küppers, M. : XII. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie e. V. in Würzburg vom 30.9. bis zum 2.10.1971. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 21(1972), S. 156-158.
- Müller-Küppers, M.: Aufbau, Funktion und Arbeitsergebnisse (für das Jahr 1961) einer kinderpsychiatrischen Abteilung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 11 (1962), S. 167-171.

Nissen, Gerhardt: Psychisch gestörte Kinder und Jugendliche gestern und heute. Persönliche Erinnerungen aus 60 Jahren. Gießen 2009.

Nissen, Gerhardt: Der Psychagoge in der kinderpsychiatrischen Klinik. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 21 (1972), S. 10-12.

Nissen, Gerhardt: Moderne Behandlungsmethoden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 19 (1970), S. 161-165.

Nowak-Vogl, M.: Therapie und Erziehung. Herrn Univ.-Prof. Dr. Hans Asperger zum 70. Geburtstag gewidmet. In: Heilpädagogik 19 (1976), S. 85-88.

Nowak-Vogl, Maria: Das Orff-Schulwerk im klinischen Alltag bei verhaltensgestörten Kindern. In: Wolfgang, Hans: Orff-Schulwerk und Therapie. Therapeutische Komponenten in der elementaren Musik- und Bewegungserziehung. Berlin 1975, S. 152-158.

Nowak-Vogl, Maria: Depressive Reaktionen als Folge einer Gemeinschaftserziehung. In: Annell, Anna Lisa (Hrsg.): Depressive States in Childhood and Adolescence. Verh. 4. Congress auf the Union of European Pedopsychiatrists Stockholm 1971. Stockholm 1972, S. 111-115.

Nowak-Vogl, Maria: Die Bettnässertherapie mit Imipramin (=Tofranil). In: Der Praktische Arzt 23 (1969), S. 1169-1186.

Nowak-Vogl, Maria: Eine Heilpädagogische Studie über die Gemeinschaftsunfähigkeit. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 8 (1959), S. 149-155 und 180-189.

Ockel, Heinz Helmut: Entwicklung und Tätigkeit des Psychotherapeutischen Institutes und der Erziehungsberatungsstelle in Hannover. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 11 (1962), S. 207-217.

Das Olgäle – die königliche Kinderklinik. 150 Jahre Olgahospital Stuttgart. Hrsg. v. der Landeshauptstadt Stuttgart. Tübingen 1992.

Orth, Linda: Die Transportkinder aus Bonn. „Kindereuthanasie“. Köln 1989.

Peltz, Hans D.: Gestalt und Aufgaben einer Psychosomatischen Abteilung an einer Kinderklinik. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 15 (1966), S. 55-58.

Raecke, Oberarzt der städt. Irrenanstalt Frankfurt a. M. In: Deutsche Fürsorge-Erziehungs-Anstalten in Wort und Bild. Hrsg. v. Seiffert-Strausberg. Bd. 1. Halle a. d. S. 1912, S. 140-144.

Ralsler, Michaela: Die Kinderbeobachtungsstation (1954-1987) der Maria Nowak-Vogl und deren Stellung im Fürsorgeerziehungssystem des Landes Tirol. In: Bericht der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission: Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl. 11. November 2013, S. 28-40.

Ranft, Ruth: Aus der psychotherapeutischen und heilpädagogischen Arbeit einer Kinderbeobachtungsstation in der Schweiz. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2 (1953), S. 233-235.

Remschmidt, Helmut (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Praktische Einführung für Krankenpflege-, pädagogische und soziale Berufe. Stuttgart 1979.

Remschmidt, H.: Bericht über die 15. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 26 (1977), S. 278-281.

Rexroth, Christian A. (Hrsg.): Die klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayern. Entwicklungen, Gegenwart, Perspektiven. Festschrift zum 65. Geburtstag von Dr. Martin Linder. Göttingen 2011.

Rexroth, Christian A.; Bussiek, Dagmar; Castell, Rolf: Hermann Stutte – die Bibliographie: Biographie – Abstracts – Kommentare. Göttingen 2003.

Ritzel, Günther: Zur Antiandrogentherapie mit Cyproteronacetat in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 20 (1971), S. 165-169.

Rose, Wolfgang; Fuchs, Petra; Beddies, Thomas: Diagnose „Psychopathie“. Die urbane Moderne und das schwierige Kind. Berlin 1918-1933. Wien; Köln; Weimar 2016.

Rotzoll, Maïke: „Ein dringendes Erfordernis unserer Zeit“. Zur Entwicklung der pfälzischen Kinder- und Jugendpsychiatrie 1945-1986. In: Fangerau, Heiner; Topp, Sascha; Schepker, Klaus (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Berlin 2017, S. 513-534.

Schaffner-Hänny, Elisabeth: Wo Europas Kinderpsychiatrie zur Welt kam. Anfänge und Entwicklungen in der Region Jurasüdfuss (Aargau, Solothurn, Freiburg, Neuenburg). Dietikon 1997.

Schreiber, Horst: Restitution von Würde: Kindheit und Gewalt in Heimen der Stadt Innsbruck. Innsbruck 2015.

Schröder, P.; Heinze, H.: Die Beobachtungsabteilung für jugendliche Psychopathen in Leipzig. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 88 (1928), S. 189-197.

Sperk, Günther: Pharmakologische Beurteilung des Präparats Epiphysan. In: Bericht der Medizin-Historischen ExpertInnenkommission: Die Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl 11. November 2013, S. 64-69.

Spiel, W.: 25 Jahre Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters in Wien (1951-1976). Beilage zu Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 5 (1977) Heft 1.



- Steinberg, Holger: Rückblick auf Entwicklungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Paul Schröder. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 48 (1999), S. 202-206.
- Stockert, F. G. von: Einführung in die Psychopathologie des Kindesalters. 3. neubearb. Aufl. Berlin; München 1937.
- Stutte/Albrecht: Bericht über die 8. Tagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie e. V. (5.-8. September 1963) in Wiesbaden. In: Acta Paedopsychiatrica 31 (1964), S. 38-40.
- Stutte, Hermann: Die Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung an der Philipps-Universität zu Marburg a. d. Lahn. In: Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiet 2 (1969), S. 194-202.
- Tramer, M.: Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie einschließlich der allgemeinen Psychiatrie der Pubertät und Adoleszenz. 4., neu bearb. u. erg. Aufl. Basel; Stuttgart 1964.
- Tramer, M.: Zur Entwicklung der Kinderpsychiatrie speziell Beobachtungsstationen. In: Acta Paedopsychiatrica 27 (1960), S. 238-251.
- Vogl, Maria: Die Dämpfung hypersexueller Zustände durch Epiphysan. In: Beiträge zur Sexualforschung 34 (1965), S. 86-90.
- Vogl: Die Kinderpsychiatrische Station des Innsbrucker Krankenhauses. In: Heilpädagogik, Beiblatt der Zeitschrift Erziehung und Unterricht (1961) 3, S. 38-40.
- Vogl, Maria: Eine heilpädagogische Studie über die Gemeinschaftsunfähigkeit. In: Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 8 (1959), S. 149-155, 180-189.
- Vogl, Maria: Zum Schulversagen intelligenter Kinder. In: Innsbrucker Beiträge zur Kulturwissenschaft 5 (1958), S. 233-237.
- Vogl, Maria: Differentialdiagnose und Therapie der kindlichen Hypersexualität. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 6 (1957), S. 164-167.
- Vogl, Maria: Sozial bedingte Verhaltensstörungen. In: Die Pädagogischen Gezeiten (1956), S. 301-312.
- Vogl, Maria: Die Notwendigkeit der kinderpsychiatrischen Arbeit. In: Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde 9 (1954), S. 29-42.
- Vogl, Maria: Ueber die moderne Kinderpsychiatrie. In: Medizinische Klinik 49 (1954), S. 995-998, Sonderdruck, S. 1-10.
- Vogl, Maria: Die Notwendigkeit der kinderpsychiatrischen Arbeit. In: Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde 9 (1954), S. 29-23.

Vogl, Maria: Das Janusgesicht der Pädagogik. In: Praxis der Kinderpsychologie 2 (1953), S. 225-229.

Wagner, Sylvia: Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte. Arzneimittelstudien an Heimkindern. In: Sozial. Geschichte Online 19 (2016), S. 61-113 (<http://sozialgeschichteonline.wordpress.com>, zuletzt aufgerufen am 24.3.2017).

Weygandt: Die Staatskrankenanstalt Friedrichsberg und psychiatrische Universitätsklinik Hamburg. Düsseldorf 1928.

Wohlwend, Alfred: Erzieher oder Methodiker? Gedanken zum Aufsatz „Das Janusgesicht der Pädagogik“. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 3 (1954), S. 227-231.

Zürrer-Simmen, Susanna: Wege zu einer Kinderpsychiatrie in Zürich. Dietikon 1994.